

# TRABAJO FIN DE GRADO

---

Intervenciones sobre atención de salud al  
colectivo LGTB+ en el contexto europeo. Una  
revisión narrativa.

Ana Hernández García

Tutora: Dra. Laura Otero García

4º de Grado de Enfermería

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Madrid



## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradecer a mi tutora Laura Otero García por confiar y estar dispuesta a tutorizar la temática del presente TFG y por su implicación y apoyo a lo largo de su elaboración.

Agradecer también a mi familia, amigas/os y compañeras/os de carrera el haber formado parte de este viaje de cuatro años que ha sido para mí cursar el Grado de Enfermería.

# ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	10
3. METODOLOGÍA.....	10
4. RESULTADOS .....	16
4.1. Tipo de intervenciones para mejorar la atención de salud al colectivo LGTB+..	21
4.2. Población diana a la que van dirigidas las intervenciones .....	26
4.3. Formación (o no) de los/as profesionales que llevan a cabo las intervenciones..	27
4.4. Metodología para evaluar las intervenciones.....	28
4.5. Impacto de las intervenciones .....	31
4.6. Papel de Enfermería en las intervenciones .....	37
5. DISCUSIÓN.....	37
6. CONCLUSIONES.....	44
7. BIBLIOGRAFÍA .....	46
8. ANEXOS .....	52

## RESUMEN

**Introducción.** El colectivo LGTB+ ha conseguido grandes avances a nivel legislativo y sociosanitario en las últimas décadas en el contexto europeo. Sin embargo, existe evidencia científica de que la estigmatización y la discriminación continúan generando desigualdades en salud para las personas que forman parte de este colectivo. Las barreras de acceso a los servicios sanitarios y la disminución de la calidad de la atención sanitaria catapultan a los individuos LGTB+ a unos peores resultados en salud, lo que hace necesario intervenciones específicas encaminadas a mejorarla. **Objetivo.** Conocer la evidencia científica acerca de las intervenciones llevadas a cabo en el contexto europeo para mejorar la atención de salud al colectivo LGTB+. **Metodología.** Se realizó una revisión narrativa a partir de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus, Dialnet y PubMed, siendo seleccionados 19 artículos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos (artículos de intervenciones sobre la mejora de la atención de salud al colectivo LGTB+, en inglés y español, publicados a partir de 2010, contextualizados en Europa y con resumen disponible). **Resultados.** Se hallaron intervenciones dirigidas al colectivo LGTB+ heterogéneas sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual (69%), la formación de los/as profesionales (25%) y la salud mental del colectivo (6%). Mientras que la formación de los/as profesionales se enfocó primordialmente a cuestiones de salud relacionadas con la identidad de género y la orientación sexual, las intervenciones dirigidas al propio colectivo LGTB+ se dirigieron en su mayoría a los hombres que tienen sexo con hombres. Todas contaron con un método de evaluación, siendo las técnicas más empleadas para recopilar datos de evaluación los cuestionarios y las entrevistas. Todas las intervenciones fueron valoradas positivamente a excepción de dos, que únicamente mostraron el diseño de las mismas y, por lo tanto, no fueron evaluadas. **Conclusiones.** Se hace necesario implementar en el contexto europeo estrategias transfronterizas de prevención y promoción de la salud dirigidas específicamente al colectivo LGTB+, así como incorporar la formación en los grados universitarios y programas de educación continuada. Los/as profesionales sanitarios deben tener en cuenta los determinantes interconectados que generan mayor inequidad sociosanitaria para ofrecer unos cuidados competentes e inclusivos al colectivo LGTB+.

**Palabras clave:** Intervenciones; Minorías Sexuales y de Género; Atención de Salud; Revisión Narrativa; Europa

## ABSTRACT

**Background.** LGBT+ individuals have made progress at the legislative and public health level in recent decades in the European context. Nevertheless, there is scientific evidence that stigma and discrimination continue to generate health inequalities for people who are part of this population. Barriers to access to healthcare services and declining healthcare quality catapult LGBT+ individuals to worse health outcomes, which requires specific interventions to improve it. **Objective.** Find the scientific evidence about the interventions carried out in the European context to improve the healthcare of the LGBT+ population. **Methodology.** A narrative review was carried out based on a bibliographic search in the databases CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus, Dialnet and PubMed, selecting 19 articles after applying the established inclusion and exclusion criteria (articles about interventions on improving the healthcare of the LGBT+ population, in English and Spanish, published from 2010, in the European context and with abstract available). **Results.** Heterogenous interventions aimed at LGBT+ population were found concerning the prevention of sexually transmitted infections (69%), professional training (25%) and LGBT mental health (6%). Whereas professional training focused primarily on health issues related to gender identity and sexual orientation, the interventions aimed at LGBT+ population itself target mainly men who have sex with men. All of them had an evaluation method, with questionnaires and interviews being the most commonly used techniques for collecting evaluation data. All the interventions were positively assessed with the exception of two, which only showed the design of them and were therefore not evaluated. **Conclusions.** Cross-border prevention and health promotion strategies specifically targeting the LGBT+ population need to be implemented in the European context, as well as training in universities and continuing education programs. Health professionals should consider the interconnected determinants which generate the greatest social and health inequality in order to provide competent and inclusive care to the LGBT+ population.

**Key words:** Interventions; Sexual and Gender Minorities; Health Care; Narrative Review; Europe

## 1. INTRODUCCIÓN

El colectivo LGTBI+ designa a todas aquellas personas lesbianas, gays, *trans*, bisexuales, intersexuales y con orientación sexual y/o identidad de género diversa. Actualmente se desconoce el tamaño y composición de esta población a nivel europeo (European Union Agency for Fundamental Rights [FRA], 2014).

Por un lado, el **sexo** asigna la etiqueta de hombre o mujer al nacimiento a partir de la apariencia corporal externa, por lo que al basarse en una visión binaria del sexo excluye a las personas **intersexuales** (personas que nacen con características físicas, hormonales y genéticas que no son enteramente de hombre ni mujer, son una combinación de ambos, o no son ni de hombre ni de mujer). En cambio, el **género** hace referencia a un constructo social que impone expectativas culturales y sociales a las personas en función del sexo asignado (European Commission, 2017). De esta forma, según las características sexuales (hombre o mujer) corresponde a la persona ser masculino o femenino, respectivamente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Por otro lado, la **identidad de género** define la vivencia de género interna e individual, tal y como la persona la siente y autodetermina, sin ser definida por terceros y pudiendo o no corresponder con el sexo asignado al nacimiento y/o suponer la modificación de la apariencia corporal (European Commission, 2017; Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Trans y Bisexuales [FELGTB], 2019b). Desde el interaccionismo simbólico, George Herbert Mead sugiere que el ser humano emplea una simbología (vestido, habla, etc.), comúnmente conocida como **expresión de género**, para que la interpretación que los demás tengan de uno mismo esté en consonancia a como uno se siente. No obstante, la autonomía de representación se ve limitada por la construcción sociocultural de dicha simbología. Así, el “Yo” nace a partir de la interacción con el entorno como resultado de la incorporación de lo que uno percibe de sí mismo y lo que su alrededor percibe y espera de él. De igual modo, Ervin Goffman propone la existencia de una serie de roles establecidos en la sociedad sobre los cuales el ser humano construye su identidad. Sin embargo, considera que existe la posibilidad de prescindir de estos “papeles” e improvisar (Goffman, 1971; Woodward, 2000, citado por González, 2010). Consecuentemente, es posible hallar una diversidad de género que escapa del sistema binario y de las normas y roles de género impuestos socialmente según el sexo asignado al nacer. Así, si concordara la identidad de género de la persona con la asignada por los

demás, se denominaría **cisgénero**. En contraposición, el concepto *trans* es un término inclusivo referente a aquellas personas cuya identidad de género y/o expresión de género difiere de las expectativas sociales asociadas al sexo/género asignado al nacer. En él se incluyen a las personas que se identifican como transgénero, transexual, travesti, agénero, personas trans no binarias, con expresión de género fluido, etc. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Por último, la **orientación sexual** designa la capacidad de una persona de sentir afecto, atracción emocional y sexual hacia individuos del mismo género (**homosexual**), de un género diferente (**heterosexual**) o de más de un género (**bisexual**). El término homosexual puede aludir tanto a mujeres **lesbianas** como a hombres **gays** (European Comission, 2017).

La **homosexualidad** fue considerada un trastorno mental por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) hasta el año 1973 y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta el año 1990 (Cáceres, Talavera y Mazín, 2013). Igualmente, la **identidad trans** dejó de figurar como enfermedad mental en la 11ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en 2018, aunque pasó a ser catalogada como una condición relacionada con la salud sexual bajo la denominación “discordancia de género”. De igual forma, es incluida en el 5º Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) con el nombre de “disforia de género” (Togayther, 2018).

En contraposición de los Principios de Yogyakarta, principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos relativos a la orientación sexual y/o identidad de género (Comisión Internacional de Juristas [ICJ], 2007), los **actos sexuales entre adultos del mismo sexo** están penados en el 35% de los 123 Estados Miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU).

De igual manera, otros derechos de las personas LGTB+ son vulnerados a nivel mundial, tales como la **libertad de expresión** (34 Estados Miembros de la ONU) y el reconocimiento del **matrimonio** y la **adopción conjunta por parejas del mismo sexo** (96 Estados Miembros de la ONU). Asimismo, una gran mayoría de países no cuenta con legislación referente a la **prohibición y penalización de la incitación al odio, violencia o discriminación** por razón de orientación sexual y/o identidad de género (80 y 77 Estados Miembros de la ONU, respectivamente).



En el contexto regional europeo, los actos sexuales entre personas adultas del mismo sexo son legales en todos los países<sup>1</sup>. No obstante, en Bielorrusia, Lituania y Rusia existen leyes que restringen la libertad de expresión en torno a cuestiones de orientación sexual, identidad y expresión de género, y características sexuales (OSIGCS). De igual forma, únicamente en 16 países está reconocido el matrimonio entre personas del mismo sexo y en 17 países se permite la adopción conjunta (Ramón, 2019)<sup>2</sup>.

Asimismo, en torno al 50% de los países no criminalizan los delitos de odio, violencia o discriminación por orientación sexual y/o identidad de género. Concretamente, sólo 26 de los 49 países que componen Europa disponen de legislación que prohíbe la discriminación en el ámbito sanitario por razón de orientación sexual, 20 países por razón de identidad de género y únicamente 5 países por razón de características sexuales (véase Anexo 1) (ILGA Europe, 2020).

Aunque a nivel nacional, sólo 3 Estados Miembros de la ONU tienen prohibiciones contra las llamadas “**terapias de conversión**” (Malta en Europa y Brasil y Ecuador en América Latina y el Caribe), se han producido algunos avances. Concretamente, el Parlamento Europeo de la Unión Europea instó a sus miembros a prohibir tales prácticas en marzo de 2018 (Ramón, 2019).

Los países de Europa son heterogéneos en cuanto a derechos y libertades del colectivo LGTB+. Por un lado, sólo 16 países tienen establecidos **planes de acción para la**

---

<sup>1</sup> Durante la dictadura de Franco los individuos homosexuales y transgénero fueron detenidos y encarcelados por su orientación sexual y/o identidad de género en España siguiendo lo dispuesto en la modificación de 1954 de la Ley de Vagos y Maleantes y su posterior sustitución por la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social en 1970, según la cual se modificaba el castigo previo por un tratamiento que podía incluir lobotomía y descargas eléctricas. Aunque la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social se derogó en 1979, tras la aprobación de la Constitución de 1978, los individuos homosexuales y transgénero continuaron siendo arrestados según lo establecido en la Ley de Escándalo Público, la cual se derogó finalmente en 1989 (Ley 3/2016, de 22 de julio).

<sup>2</sup> Países del contexto regional europeo que reconocen el matrimonio entre personas del mismo sexo: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Irlanda, Islandia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia.

Países del contexto regional europeo que reconocen la adopción conjunta por parte de parejas del mismo sexo: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Irlanda, Islandia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia.

**igualdad** que incluyen expresamente la orientación sexual (Albania, Bélgica, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Luxemburgo, Malta, Montenegro, Países Bajos, Noruega, Portugal, España, Reino Unido y Ucrania). Estos mismos países, exceptuando Estonia, también incluyen explícitamente la identidad de género. Únicamente 10 países incluyen expresa y claramente las características sexuales en sus planes de acción para la igualdad (Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Luxemburgo, Malta, Montenegro, Países Bajos, Noruega, Portugal y Ucrania). Por otro lado, con respecto a la **autodeterminación de género**, definida como el reconocimiento legal basado exclusivamente en el deseo expreso de la persona sin requerir la implicación de un profesional médico y/o juez/a, está únicamente reconocido en Dinamarca, Irlanda, Luxemburgo, Malta y Noruega (ILGA Europe, 2020).

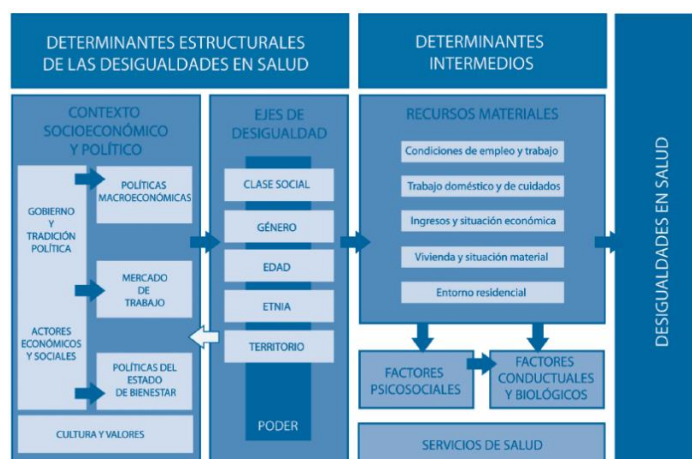
Concretamente en España, los derechos a la libertad e igualdad del colectivo en ámbitos tan significativos como la sanidad están en manos de las comunidades autónomas, pues en la actualidad no existe una Ley Estatal LGTBI. Sin embargo, algunas, exceptuando Cantabria, Principado de Asturias, Castilla La-Mancha y León, y la Rioja; disponen de legislaciones que garantizan los derechos del colectivo LGTBI, algunas de ellas obsoletas, sin política de sanciones o pendientes de aplicar. Más concretamente y en relación al derecho a la autodeterminación de género, ésta sólo está reconocida en Aragón, Baleares, Cataluña, Extremadura, Madrid, Navarra, Andalucía, Murcia y la Comunidad Valenciana (FELGTB, 2019a). Además, varias comunidades autónomas han prohibido las terapias de conversión: Madrid (2016), Murcia (2016), Valencia (2017) y Andalucía (2017) (Ramón, 2019).

A pesar de que se hayan producido avances importantes a nivel legislativo y sociosanitario, quedan asuntos pendientes que abordar para conseguir una igualdad real y efectiva.

Las **desigualdades sociales en salud** se definen como aquellas disparidades en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos a nivel social, económico, demográfico y geográfico. Son el producto de la interacción de diversos factores, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013).

Según la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), los determinantes de las desigualdades sociales en salud se componen de factores estructurales e intermedios (véase figura 1).

**Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.**



*Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Adaptado de Navarro (2004) y Solar y Irwin (2007).*

En el apartado de **determinantes estructurales** de las desigualdades en salud se incluyen aquellos valores que imperan en la sociedad y en los que se sustentan las jerarquías y políticas, tales como la heteronormatividad y el heterosexismo. La heteronormatividad es la creencia incuestionable de que el género es binario, lo que refuerza la idea de la heterosexualidad como única sexualidad concebible (conocido como heterosexismo) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). Ello supone un conjunto de prejuicios, estigma y actitudes discriminatorias a favor de las relaciones heterosexuales que crea un ambiente hostil para el colectivo LGTB+ (European Comission, 2017).

Los distintos **ejes de desigualdad** determinan los distintos recursos y oportunidades de salud según la jerarquía de poder en la sociedad y se basan en el concepto de discriminación de “prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015, p. 18). Esta estructura social origina desigualdades en los **factores intermedios** que, a su vez, determinan las desigualdades en salud.

Aunque los servicios sanitarios por sí solos no contribuyen en gran medida a la generación de desigualdades en salud, existen pruebas científicas de que la **estigmatización y discriminación**, presentes en la sociedad y en los sistemas de salud, crean a las personas LGTB+ obstáculos para acceder a los servicios de atención de salud y para recibir una atención de calidad y centrada en el paciente, lo que las catapulta a unos resultados adversos en salud.

Entre estos **obstáculos** se encuentran la falta de comprensión de los problemas y necesidades específicas de este colectivo, la negación de la atención o la atención inadecuada, las suposiciones sobre la causa de la enfermedad y la reticencia a incluir a personas importantes en el tratamiento familiar o en la toma de decisiones (OMS y OPS, 2013). Según European Commission (2017), las preguntas indiscretas y groseras, las actitudes homofóbicas, bifóbicas, transfóbicas e interfóbicas de los/as profesionales sociosanitarios; la asunción de la heterosexualidad, la falta de oportunidad o la vergüenza y el miedo de revelar la identidad LGTB+ y ser rechazado; y la falta de protocolos, información para la salud y documentación relativa a la orientación sexual y/o identidad de género suponen otras barreras a las que se enfrentan las personas LGTB+ al acceder a los servicios sanitarios.

Asimismo, los resultados de numerosas investigaciones sugieren que las personas LGB tienen mayor probabilidad de reportar malas experiencias e insatisfacción con la provisión de cuidados en comparación con la población general. Existe evidencia de que a las personas LGB se les ha impedido acceder a los tratamientos de reproducción asistida, aun cuando era legal; y a las mujeres lesbianas no se les ha ofrecido la posibilidad de someterse a cirugía reconstructiva tras haber sufrido un cáncer de mama o ginecológico o se les ha pedido que lo consultaran con sus maridos, sin tener en cuenta que pudieran tener una relación con una persona del mismo género. Además, se han sometido con frecuencia a cirugías “normalizadoras” a personas intersexuales sin haber dado previamente su consentimiento informado (European Commission, 2017). Igualmente, en la encuesta realizada por Martín-Pérez et al. (2015), las mujeres lesbianas y bisexuales reportaron la falta de actividades o programas de prevención de VIH u otras ETS, así como el uso de material inadecuado durante las exploraciones ginecológicas al no haber mantenido relaciones sexuales con penetración.

Consecuentemente, los individuos LGTB+ tienen más probabilidades de tener una pobre **salud mental y física**. Se ha evidenciado que las mujeres bisexuales y los

hombres gays y bisexuales presentan una tasa de cáncer cervical y cáncer anal dos veces mayor que el resto de mujeres y hombres, respectivamente. También, las mujeres lesbianas y bisexuales pueden correr un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama por un menor uso de los servicios preventivos. Además, se ha hallado una tasa más alta de ovarios poliquísticos entre mujeres lesbianas. En comparación con la población heterosexual, las mujeres y hombres homosexuales y bisexuales tienen un riesgo mayor de sufrir sobrepeso. Con respecto a la salud mental, se ha observado una mayor incidencia de trastornos mentales (ansiedad, depresión y trastornos alimenticios) entre los individuos LGTB+, especialmente entre mujeres y hombres bisexuales y minorías étnicas. Concretamente, los jóvenes intersexuales tienen una probabilidad mayor de sufrir marginación como consecuencia del *bullying*, la discriminación o el rechazo por parte de su familia y/o amigos. Asimismo, se ha evidenciado una incidencia mayor de ideación suicida y autolesión entre la población LGTB+, constando como factores de riesgo para los individuos transgénero el miedo en torno al proceso de transición, la negativa o retraso del tratamiento de reasignación de género, el estigma social y las experiencias pasadas de violencia y hospitalizaciones psiquiátricas. De igual forma, algunos estudios reportan un mayor consumo de drogas y alcohol entre las personas LGTB+ y su consiguiente dependencia, tres veces mayor entre mujeres lesbianas y bisexuales y 2,4 veces mayor entre hombres gays y bisexuales, comparado con la población general (European Comission, 2017).

Dentro del colectivo LGTB+, existen grupos más vulnerables a padecer **infecciones de transmisión sexual (ITS)**: los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y las personas transgénero. Según las estadísticas mundiales, se evidenció que el riesgo de contraer VIH es 22 veces mayor para HSH y 12 veces mayor para mujeres transgénero (ONUSIDA, 2019). En 2018, el sexo entre hombres fue el modo predominante de transmisión en la Unión Europea, suponiendo el 52% de los nuevos diagnósticos cuya ruta de transmisión era conocida. En cambio, al tener en cuenta la región europea, el sexo entre hombres fue el segundo modo de transmisión más frecuente, acarreando el 22,6% del total de nuevos diagnósticos de VIH, siendo este porcentaje mayor en la región oeste (40,7%) y menor en la región este (4,4%) (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2019b).

De igual forma, estos dos subgrupos del colectivo LGTB+ tienen un mayor riesgo de contraer hepatitis víricas. En la Unión Europea, se ha estimado una prevalencia del

VHB de entre 0% y 1,4% y del VHC de entre 0% y 4,7% entre HSH y se ha detectado una prevalencia del 4,5% tanto para el VHB como para el VHC entre personas transgénero (ECDC, 2018a). Asimismo, a finales de 2016 se detectaron dos brotes de hepatitis A en varios países de la Unión Europea que afectaron desproporcionadamente a HSH (ECDC, 2019a).

Por último, en la encuesta europea por Internet para HSH (EMIS), la gonorrea fue la ETS bacteriana más diagnosticada (19,2%), seguida de sífilis (14,2%) y clamidia y linfogranuloma venéreo (13,9%). Asimismo, casi el 16% reportó haber sido diagnosticado alguna vez de verrugas anogenitales por el virus del papiloma humano (VPH) (The EMIS Network, 2019).

Ante estas cuestiones, se considera conveniente ahondar en el tipo de intervenciones que se llevan a cabo en el contexto europeo para abordar las desigualdades en salud a las que se enfrentan los individuos LGTB+.

## 2. OBJETIVOS

El **objetivo general** de este TFG es conocer la evidencia científica relacionada con las intervenciones llevadas a cabo en el contexto europeo para mejorar la atención de salud al colectivo LGTB+ a través de una revisión narrativa.

Los **objetivos específicos** son:

- Describir qué tipo de intervenciones se llevan a cabo para mejorar la atención de salud al colectivo LGTB+ en el contexto europeo
- Describir la población diana a la que van dirigidas las intervenciones
- Conocer la formación (o no) de los/as profesionales que llevan a cabo las intervenciones
- Conocer la metodología empleada para evaluar (o no) las distintas intervenciones
- Conocer el impacto de las diferentes intervenciones llevadas a cabo en el contexto europeo
- Describir el papel de Enfermería en las intervenciones

## 3. METODOLOGÍA

Para responder al objetivo del presente TFG, se optó por la **revisión narrativa** como metodología de trabajo, también denominada revisión de la literatura o del estado de la

cuestión, cuyo fin es resumir y analizar de manera crítica la literatura sobre un tema en particular.

La revisión narrativa juega un papel muy importante en la educación continua, pues posibilita adquirir y actualizar conocimientos sobre un fenómeno concreto, siendo por ende de gran interés en el ámbito académico y asistencial. Asimismo, propicia la generación de nuevas ideas, enfoques y planteamientos teóricos (Serrano, 2019).

Se realizaron búsquedas bibliográficas para la localización de documentos en diferentes **bases de datos** en ciencias de la salud, a las cuales se accedió desde la biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid: CINAHL, CUIDEN, Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet y PubMed.

En la estrategia de búsqueda común a todas las fuentes consultadas se emplearon los términos MeSH (Medical Subject Heading) y su equivalente en español DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud).

**Tabla 1: Términos MeSH y DeCS empleados.**

MeSH	DeCS
Sexual and Gender Minorities	Minorías Sexuales y de Género
LGBT/LGTB	LGBT/LGTB
Homosexuality	Homosexualidad
Bisexuality	Bisexualidad
Transsexualism	Transexualismo
Health Promotion	Promoción de la Salud
Healthcare System	Sistema de Salud
Health Care Services	Servicios Sanitarios
Delivery of Health Care	Prestación de Atención de Salud
Health	Salud
Intervention	Intervención
Program	Programa

*Fuente: elaboración propia.*

Previo a la búsqueda bibliográfica, se establecieron un conjunto de criterios de inclusión y criterios de exclusión que facilitarían la selección de los artículos de interés para la revisión narrativa:

**- Criterios de inclusión:**

En esta revisión narrativa se han incluido todos aquellos artículos que examinan diversas intervenciones orientadas a la mejora de la atención de salud al colectivo LGTB+, cualquiera que fuera su ámbito de aplicación e independientemente de si cuentan o no con un método de evaluación. Para refinar la búsqueda, se han delimitado los artículos de acuerdo a criterios de lenguaje, año de publicación, geografía y disponibilidad de resumen, recuperando de este modo aquellos escritos en inglés y castellano, publicados en los últimos 10 años, dentro del contexto del continente de Europa y con resumen disponible.

**- Criterios de exclusión:**

Se descartaron aquellos artículos sobre intervenciones que no trataban la atención de salud al colectivo LGTB+. En la selección de los documentos, no se han incluidos aquellos escritos en una lengua diferente al inglés y castellano, publicados antes del 2010, en un país fuera del contexto de Europa y sin resumen disponible, puesto que dificultaba la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

**Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión.**

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Artículos de intervenciones sobre la mejora de la atención de salud al colectivo LGTB+	Artículos de intervenciones que no traten la atención de salud al colectivo LGTB+
Artículos en inglés y español	Artículos en otros idiomas distintos al inglés o español
Artículos publicados a partir de 2010 (10 años)	Artículos anteriores a 2010 (> 10 años)
Artículos contextualizados en Europa	Artículos fuera del contexto de Europa
Artículos con resumen	Artículos sin resumen

*Fuente: elaboración propia.*



Los descriptores o palabras clave mencionadas anteriormente fueron combinadas en las diferentes bases de datos consultadas mediante los operadores booleanos AND (Y) y OR (O). Posteriormente, se seleccionaron entre los resultados obtenidos aquellos artículos que cumplían los criterios de inclusión tras realizar una lectura crítica de sus respectivos resúmenes. De esta forma, se seleccionaron finalmente **19 resultados**.

En la tabla 3, se presentan las estrategias de búsquedas utilizadas, así como los resultados obtenidos y los resultados finalmente escogidos.

**Tabla 3: Búsquedas y resultados.**

Bases de datos	Términos de búsqueda	Limitadores	Resultados totales	Resultados seleccionados
CINAHL	Sexual and Gender Minorities AND Intervention OR Program AND Health Promotion	Resumen disponible  Fecha de publicación: 2015-2020	6	0
	Sexual and Gender Minorities AND Intervention OR Program AND Healthcare System	Resumen disponible  Fecha de publicación: 2015-2020	3	0
	Sexual and Gender Minorities AND Intervention OR Program AND Health Care Services	Resumen disponible  Fecha de publicación: 2015-2020	4	0
	Sexual and Gender Minorities AND Intervention OR Program	Resumen disponible  Fecha de publicación: 2015-2020  Geografía: Europa	34	0
	LGBT AND Intervention OR Program	Resumen disponible  Fecha de	166	1

		publicación: 2015-2020  Geografía: Europa		
	Homosexuality OR Bisexuality OR Transsexualism AND Intervention OR Program AND Health	Resumen disponible  Fecha de publicación: 2015-2020  Geografía: Europa	266	7
CUIDEN	Bisexualidad OR Homosexualidad OR Transexualismo	Fecha de publicación: 2015-2020	69	0
	LGBT	Fecha de publicación: 2015-2020	11	0
	Minorías Sexuales y de Género	Fecha de publicación: 2015-2020	1	0
Cochrane	Sexual and Gender Minorities AND Health Promotion	Fecha de publicación: 2015-2020	17	0
	Sexual and Gender Minorities AND Healthcare System		0	0
	Sexual and Gender Minorities AND Health Care Services	Fecha de publicación: 2015-2020	10	1
	Sexual and Gender Minorities AND Health	Fecha de publicación: 2015-2020	76	1
	LGBT AND Health Promotion	Fecha de publicación: 2015-2020	5	1
	LGBT AND Healthcare System		0	0

	LGBT AND Health Care Services	Fecha de publicación: 2015-2020	2	0
	LGBT AND Health	Fecha de publicación: 2015-2020	17	1
	Sexual and Gender Minorities	Fecha de publicación: 2015-2020	118	2
Dialnet	LGBT AND Intervención		14	0
	LGBT AND Programa		18	0
	LGBT AND Salud		20	0
	Minorías Sexuales y de Género AND Intervención		21	0
	Minorías Sexuales y de Género AND Programa		22	0
	Minorías Sexuales y de Género AND Salud		18	0
PubMed	Sexual and Gender Minorities AND Intervention OR Program AND Health Promotion AND Europe		3	1
	Sexual and Gender Minorities AND Intervention OR Program AND Health Care Services AND Europe	Resumen disponible Fecha de publicación: 2015-2020	90	12
	Sexual and Gender Minorities AND Intervention OR Program AND Healthcare System AND	Resumen disponible Fecha de publicación: 2015-2020	56	7

	Europe			
	Sexual and Gender Minorities AND Intervention OR Program AND Delivery of Health Care AND Europe	Resumen disponible  Fecha de publicación: 2015-2020	53	5

*Fuente: elaboración propia.*

#### 4. RESULTADOS

Tras la estrategia de búsqueda descrita, se realizó una revisión de los datos obtenidos a partir de los 19 artículos finalmente seleccionados de las diferentes bases de datos: 8 en CINAHL, 0 en CUIDEN, 3 en Cochrane, 0 en Dialnet y 12 en PubMed. Esto es así dado que 4 artículos aparecen en más de una base bibliográfica.

En la presente tabla 4 se recogen dichos artículos con sus respectivos autor/es, revista de procedencia y año y país de publicación.

**Tabla 4: Artículos que constituyen la revisión narrativa.**

Autor/es	Título	Revista	Año	Base de datos	País
Boerekamps, A., van den Berk, G. E., Lauw, F. N., Leyten, E. M., van Kasteren, M. E., van Eeden, A., Posthouwer, D., Claassen, M. A., Dofferhoff, A. S., Verhagen, D. W. M., Bierman, W. F., Lettinga, K. D., Kroon, F. P., Delsing, C. E., Groeneveld, P. H., Soetekouw, R., Peters, E. J., Hullegie, S. J., Popping, S., van de Vijver, D. A. M. C., Boucher, C. A., Arends, J. E., Rijnders, B.	Declining Hepatitis C Virus (HCV) Incidence in Dutch Human Immunodeficiency Virus-Positive Men Who Have Sex With Men After Unrestricted Access to HCV Therapy	Clinical Infectious Diseases	2018	PubMed	Países Bajos

J.					
Knapper, C., Birley, H., Parker, I.	Audit of a human papillomavirus vaccine programme for men who have sex with men delivered through an Integrated Sexual Reproductive Health service	International Journal of STD & AIDS	2018	CINAHL	Gales
Witzel, T. C., Guise, A., Nutland, W., Bourne, A.	It Starts With Me: Privacy concerns and stigma in the evaluation of a Facebook health promotion intervention	Sexual Health	2016	CINAHL PubMed	Inglaterra
Gabriel, M. M., Dunn, D. T., Speakman, A., McCabe, L., Ward, D., Witzel, T. C., Harbottle, J., Collins, S., Gafos, M., Burns, F. M., Lampe, F. C., Weatherburn, P., Phillips, A., McCormack, S., Rodger, A. J.	Protocol, rationale and design of SELPHI: a randomised controlled trial assessing whether offering free HIV self-testing kits via the internet increases the rate of HIV diagnosis	BMC Infectious Diseases	2018	CINAHL PubMed	Gales e Inglaterra
Witzel, T. C., Gabriel, M. M., McCabe, L., Weatherburn, P., Gafos, M., Speakman, A., Pebody, R., Burns, F. M., Bonell, C., Lampe, F. C., Dunn, D. T., Ward, D., Harbottle, J., Phillips, A. N., McCormack, S., Rodger, A. J.	Pilot phase of an internet-based RCT of HIVST targeting MSM and transgender people in England and Wales: advertising strategies and acceptability of the intervention	BMC Infectious Diseases	2019	CINAHL PubMed	Gales e Inglaterra
Witzel, T. C., Bourne, A.,	HIV self-testing intervention	HIV Medicine	2020	PubMed	Gales e Inglaterra

Burns, F. M., Rodger, A. J., McCabe, L., Gabriel, M. M., Gafos, M., Ward, D., Collaco-Moraes, Y., Dunn, D. T., Speakman, A., Bonell, C., Pebody, R., Lampe, F. C., Harbottle, J., Phillips, A. N., McCormack, S., Weatherburn, P.	experiences and kit usability: results from a qualitative study among men who have sex with men in the SELPHI (Self-Testing Public Health Intervention) randomized controlled trial in England and Wales				
Achterbergh, R. C. A., van der Helm, J. J., van den Brink, W., de Vries, H. J. C.	Design of a syndemic based intervention to facilitate care for men who have sex with men with high risk behaviour: the syn.bas.in randomized controlled trial	BMC Infectious Diseases	2017	CINAHL	Países Bajos
Moseng, B. U., Bjørnshagen, V.	Are there any differences between different testing sites? A cross-sectional study of a Norwegian low- threshold HIV testing service for men who have sex with men	BMJ Open	2017	PubMed	Noruega
Lelutiu- Weinberger, C., Pachankis, J. E.	Acceptability and Preliminary Efficacy of a Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender- Affirmative Mental Health Practice Training in a Highly Stigmatizing National Context	LGBT Health	2017	PubMed	Rumanía
Salkind, J., Gishen, F., Drage, G.,	LGBT+ Health Teaching within the Undergraduate	International Journal of Environmental	2019	PubMed	Inglaterra

Kavanagh, J., Potts, H. W. W.	Medical Curriculum	Research and Public Health			
Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., Almack, K.	Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project	Health & Social Care in the Community	2018	CINAHL	Inglaterra
Willis, P., Almack, K., Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Billings, B., Mall, N.	Turning the Co-Production Corner: Methodological Reflections from an Action Research Project to Promote LGBT Inclusion in Care Homes for Older People	International Journal of Environmental Research and Public Health	2018	PubMed	Inglaterra
Rimes, K. A., Broadbent, M., Holden, R., Rahman, Q., Hambrook, D., Hatch, S. L., Wingrove, J.	Comparison of Treatment Outcomes Between Lesbian, Gay, Bisexual and Heterosexual Individuals Receiving a Primary Care Psychological Intervention	Behavioural and Cognitive Psychotherapy	2018	PubMed	Inglaterra
Strömdahl, S., Hojer, J., Eriksen, J.	Uptake of peer led venue-based HIV testing sites in Sweden aimed at men who have sex with men (MSM) and trans persons: a cross-sectional survey	Sexually Transmitted Infections	2019	PubMed	Suecia
Checchi, M., Mesher, D., McCall, M., Coukan, F., Chau, C., Mohammed, H., Duffell, S., Edelstein, M., Yarwood, J.,	HPV vaccination of gay, bisexual and other men who have sex with men in sexual health and HIV clinics in England: vaccination uptake and attendances	Sexually Transmitted Infections	2019	PubMed	Inglaterra

Soldan, K.	during the pilot phase				
Reygan, F. C., D'Alton, P.	A pilot training programme for health and social care professionals providing oncological and palliative care to lesbian, gay and bisexual patients in Ireland	Psycho-Oncology	2013	CINAHL	Irlanda
Sherriff, N., Gugglberger, L.	A European Seal of Approval for 'gay' businesses: findings from an HIV-prevention pilot project	Perspectives in Public Health	2014	CINAHL	Italia, España, Hungría, Chipre, Polonia, Eslovenia, Francia y Reino Unido
Llewellyn, C., Abraham, C., Miners, A., Smith, H., Pollard, A., Benn, P., Fisher, M.	Multicentre RCT and economic evaluation of a psychological intervention together with a leaflet to reduce risk behaviour amongst men who have sex with men (MSM) prescribed post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure (PEPSE): A protocol	BMC Infectious Diseases	2010	CINAHL	Reino Unido
Wood, M., Ellks, R., Groblecki, M.	Outreach sexual infection screening and postal tests in men who have sex with men: are they comparable to clinic screening?	International Journal of STD & AIDS	2015	CINAHL	Reino Unido

Fuente: elaboración propia<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Los artículos que no disponían de acceso a texto completo fueron solicitados a la Universidad Autónoma de Madrid a través del servicio de préstamo interbibliotecario.



La revisión de los artículos se realizó en base a los **objetivos específicos** que se pretenden alcanzar. Por consiguiente, y con la intención de facilitar el análisis e interpretación de los resultados, se diseñó una tabla para cada artículo que recogiera la información más relevante<sup>4</sup>.

Los **19 artículos** finalmente seleccionados abordan **16 intervenciones**, siendo una intervención tratada en 3 artículos (protocolo y diseño, fase piloto y evaluación) y otra en 2 artículos (proyecto y evaluación). Asimismo, 2 de las 16 intervenciones no se han implementado, de modo que sus respectivos artículos abordan únicamente su diseño.

Todas ellas aspiran a mejorar la atención de salud al colectivo LGTB+ en el contexto europeo. No obstante, difieren en cuanto a tipo de intervención, escenario en el que se desarrollan, objetivos específicos que persiguen, población a la que van dirigidas y profesionales o agentes que las llevan a cabo.

En base al **país**, 1 intervención se desarrolla en Rumanía, 1 en Suecia, 1 en Irlanda, 2 en Países Bajos, 1 en Noruega, 9 en Reino Unido (5 en Inglaterra, 1 en Gales y 1 en Inglaterra y Gales) y 1 en 8 países europeos (Reino Unido, Italia, Francia, Polonia, Eslovenia, Chipre, Hungría y España). Exceptuando ésta última, las intervenciones se implementan a nivel local o nacional. Con respecto al **año de publicación**, 16 artículos (84%) han sido publicados en los últimos 5 años, mientras que 3 artículos (16%) han sido publicados antes del 2015.

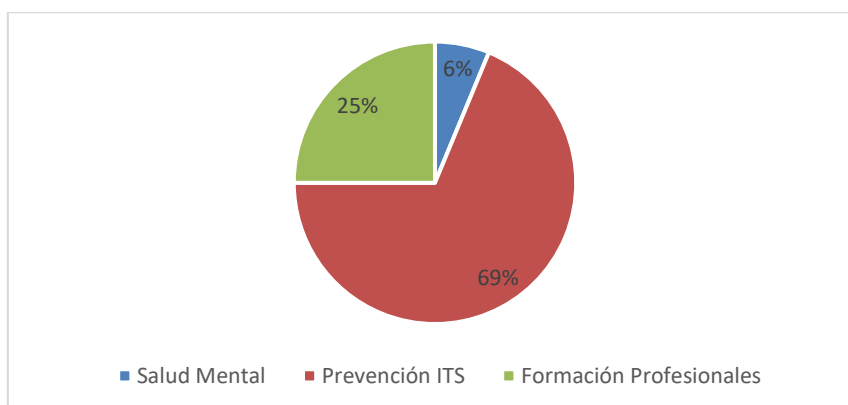
#### **4.1. Tipo de intervenciones para mejorar la atención de salud al colectivo LGTB+.**

Los artículos de la presente revisión engloban diferentes intervenciones que pretenden alcanzar unos objetivos propios. Tras la lectura de los artículos, se pueden diferenciar tres grupos de intervenciones según su finalidad específica: atención a la salud mental del colectivo LGTB+, prevención de la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) y formación de los/as profesionales para atender a pacientes LGTB+.

---

<sup>4</sup> Se puede observar un ejemplo de la revisión de uno de los artículos incluidos en el Anexo 2.

**Figura 2. Finalidad de las intervenciones.**



*Fuente: elaboración propia.*

#### *4.1.1. Intervenciones de formación para profesionales.*

Se encontraron cuatro intervenciones enfocadas a entrenar a profesionales que atienden a pacientes LGTB+, de las cuales una se desarrolla en el ámbito académico y tres en el ámbito asistencial.

Salkind, Gishen, Drage, Kavanagh y Potts (2019) introdujeron un programa de entrenamiento a estudiantes de penúltimo año de Grado de Medicina en Londres, moderado por médicos que se identifican como LGTB+ y enfocado tanto a la identidad de género como a la orientación sexual. El programa se estructuró en una clase de 45 minutos sobre conocimientos básicos clave, una visita de 45 minutos de un paciente transgénero para dar la oportunidad a los estudiantes de preguntar sobre su experiencia con los servicios sanitarios y un seminario de 90 minutos en el que se trabajaron cuatro escenarios clínicos con la aportación de pacientes LGTB+.

Por otro lado, Lelutiu-Weinberger y Pachankis (2017) desarrollaron una intervención de formación para profesionales de la salud mental durante dos días en Rumanía, en la que se trataron los estresores e identidades LGTB+, sus disparidades y necesidades en salud, y modelos terapéuticos en beneficio de los pacientes LGTB+; y en la que se incluyó un enfoque experiencial (estudio de casos) de igual modo que un enfoque didáctico. Asimismo, Reygan y D'Alton (2013) pusieron a prueba un proyecto piloto para proveer formación a trabajadores sociales y sanitarios en dos hospitales de agudos y dos hospitales de cuidados paliativos en Irlanda. Este entrenamiento, de 50 minutos de duración, incluyó información sobre el lenguaje empleado con el colectivo LGTB+ y su salud, así como la guía de buenas prácticas para profesionales de la salud que trabajan

con pacientes LGTB+ de *Irish College of General Practitioners* (ICGP), *Irish Institute Mental Health Nursing* (IIMHN) y *Gay and Lesbian Equality Network* (GLEN), prestando especial atención a las necesidades en cuidados paliativos y oncológicos.

Por último, Hafford-Letchfield, Simpson, Willis y Almack (2018) y Willis et al. (2018) abordaron *Care Home Challenge*, un proyecto de investigación-acción implementado en seis residencias de Inglaterra para valorar y fomentar la inclusión de los residentes LGTB+, el cual adoptó finalmente un enfoque de co-producción donde asesores de la comunidad LGTB+, junto con la persona que lidera el proyecto, planearon y desarrollaron sesiones de grupo cuyo contenido incluyó formación sobre lenguaje y terminología, información sobre legislación referente a derechos e igualdad en Reino Unido, estudio de casos para identificar aspectos y estrategias de acción, así como actividades para promocionar la inclusión LGTB+.

#### *4.1.2. Intervenciones de atención a la salud mental.*

La única intervención enfocada a la salud mental del colectivo LGTB+ es la de Rimes et al. (2018), cuyos participantes asistieron a los servicios de *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) en Londres, un programa nacional que provee tratamiento para problemas comunes de salud mental, y a los cuales se les ofreció tras triage bien un tratamiento de baja intensidad (talleres y grupos), bien un tratamiento de alta intensidad (sesiones semanales individuales). Los participantes podían ser derivados por el médico de familia, otro profesional de la salud o asistir por decisión propia.

#### *4.1.3. Intervenciones de prevención de ITS.*

Boerekamps et al. (2018) valoró el impacto sobre el número de infecciones agudas por VHC entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con VIH tras la introducción sin restricciones en 2015 en los Países Bajos de los antivirales de acción directa a todos los pacientes con hepatitis C crónica, independientemente de si presentaban o no cirrosis o fibrosis hepática grave inducida por VHC.

Por otro lado, siguiendo la recomendación de *Joint Committee for Vaccination and Immunisation* (JCVI) de introducir un programa de vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) para hombres gays, bisexuales y HSH de hasta 45 años que atendieran servicios genitourinarios o especializados en VIH, Knapper, Birley y Parker (2018) pusieron en marcha un programa de vacunación frente al VPH para HSH de

hasta 45 años a través de un servicio de salud sexual y reproductiva en Newport y South East Wales Valleys durante 18 meses. Del mismo modo y siguiendo la misma recomendación, Checchi et al. (2019) implementaron un programa piloto de vacunación frente al VPH en clínicas de salud sexual y clínicas especializadas en materia de VIH en Inglaterra durante 22 meses para hombres de hasta 45 años que se identificaran como gay o bisexual.

Varios autores innovaron frente al modo tradicional de hacer llegar las pruebas de detección de ITS y su provisión por profesionales de la salud. En Reino Unido, Wood, Ellks y Grobicki (2015) pusieron a prueba en una sauna local un servicio de ITS prestado por profesionales de enfermería una vez al mes a la par que un servicio postal de *kits* auto-muestreo con la colaboración de una organización local de promoción de la salud, que proporcionaba en el lugar apoyo a los usuarios de la sauna y les facilitaba el uso de los *kits*. Estos *kits* constaban de muestras faríngea, urinaria y rectal (detección de clamidia y gonorrea) y una muestra de sangre a través de la punción de un dedo (detección de VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C), las cuales eran recogidas y enviadas a la clínica de salud sexual para su análisis. La actuación de enfermería se centraba en la promoción de la salud de los asistentes a la sauna, la detección temprana de ITS y la prevención de hepatitis B a través de la oferta de la vacuna. Asimismo, Moseng y Bjørnshagen (2017) describen el servicio piloto de detección de VIH, Sjekkpunt Norway, resultado de la cooperación entre *Gay and Lesbian Health Norway* (GLHN), el distrito de Oslo y la Directiva de Salud de Noruega. Esta iniciativa dirigida a grupos de alto riesgo difíciles de alcanzar entre la población de HSH (hombres que tienen sexo con hombres y mujeres, HSH con antecedentes inmigrantes no occidentales u HSH que raramente realizan pruebas de detección) se puso en marcha en Oslo y otras grandes ciudades noruegas, incluyendo la oficina de GLHN, saunas gays, zonas de *cruising*, clubs/bares gays y hoteles. Las características de este servicio fueron disponibilidad, movilidad, anonimato, discreción, neutralidad y enfoque de pares al ser un servicio prestado por HSH. De igual forma, Strömdahl, Hoijer y Eriksen (2019) muestran el proyecto Testpoint, un programa a gran escala de detección de VIH implementado por *Swedish Foundation for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Rights* (RFSL Sweden) en Estocolmo y Örebro. Este servicio fue atendido por pares no sanitarios y dirigido a individuos transgénero y HSH, en concreto HSH extranjeros y jóvenes. Las pruebas de detección se ofrecieron en la oficina central de RFSL en

Estocolmo y en otros espacios privados de lugares frecuentados por el colectivo LGTB+ como clubs gays, zonas de *cruising* y festivales.

A nivel Europeo, el proyecto *Everywhere* expuesto por Sherriff y Gugglberger (2014), representa la primera estrategia para desarrollar y poner a prueba un marco común de prevención de VIH e ITS en negocios gays de ocho ciudades europeas, el cual define dos estándares diferentes de prevención y establece una serie de acciones que si son adoptadas llevan al negocio a ser reconocido con el sello de aprobación *Everywhere* (mínimum/premium).

Basándose en la idea de que la existencia de varios problemas psicosociales concurren simultáneamente y aumentan la probabilidad de comportamientos de alto riesgo y de contraer VIH u otras ITS, Achterbergh, van der Helm, van den Brink y de Vries (2017) diseñan un ensayo controlado aleatorizado para estimular la conducta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental y adicción entre HSH en una clínica en Ámsterdam. En él, todos los participantes reciben cuidados estándar, consistentes en pruebas de detección de ITS y entrevista motivacional. Adicionalmente, el grupo intervención recibe un cuestionario adicional cuyos resultados se discuten con el participante (*feedback*) para evocar la conducta de búsqueda de ayuda. Otra intervención comportamental es la de Llewellyn et al. (2012) cuyo estudio examina una intervención basada en el modelo IMB (*Information, Motivation and Behavioural Skills Model*) de dos sesiones telefónicas en las que se emplea la entrevista motivacional junto con información y técnicas de desarrollo de habilidades para reducir los comportamientos sexuales de riesgo en HSH a los que se prescribe PEP. Esto se complementa con el tratamiento habitual, consistente en una cita con la enfermera tras finalizar PEP para tratar la salud sexual, la adherencia al tratamiento y los resultados del test.

Un programa no exclusivo del colectivo LGTB+ fue *It Starts With Me*, valorado por Witzel, Guise, Nutland y Bourne (2016), que constaba de un conjunto de intervenciones tanto online como offline con el objetivo de reducir la transmisión de VIH fomentando las pruebas de detección y el uso de preservativos entre individuos africanos de 25 a 45 años y hombres gays y bisexuales de menos de 35 años que vivían en Inglaterra. Dichas intervenciones consistían en publicidad a través de los medios de comunicación, materiales impresos e intervenciones online y presenciales.

Por último, Gabriel et al. (2018), Witzel et al. (2019) y Witzel et al. (2020) valoraron el diseño, la fase piloto y las experiencias de los participantes de SELPHI, un ensayo controlado aleatorizado sobre la entrega de pruebas de auto-detección de VIH para HSH (cis y trans) y mujeres transgénero a través de campañas de anuncios en redes sociales y aplicaciones móviles que facilitan el contacto social y sexual, valoración de prácticas de riesgo, *kits* de prueba de detección (incluyen información y material de apoyo) y encuestas de seguimiento tras recibir la prueba de auto-detección; y basándose en el modelo COM-B, según el cual cambios en la habilidad, oportunidad y motivación son clave para un cambio de comportamiento exitoso.

#### **4.2. Población diana a la que van dirigidas las intervenciones.**

Las intervenciones tratadas en los artículos que componen esta revisión narrativa están destinadas a una población diana diversa. En primer lugar, el programa Testpoint (Strömdahl et al., 2019) y el estudio SELPHI (Gabriel et al., 2018; Witzel et al., 2019; Witzel et al., 2020), junto con las intervenciones dirigidas a la formación de los/as profesionales, son las únicas enfocadas de igual forma a la orientación sexual y a la identidad de género.

De aquellas centradas exclusivamente en la orientación sexual, los HSH son la población diana en la mayoría de los casos. Las personas bisexuales son tenidas en cuenta únicamente en las intervenciones de Rimes et al. (2018), Checchi et al. (2019) y Witzel et al. (2016), mientras que las mujeres lesbianas sólo son partícipes de la intervención de Rimes et al. (2018). Los individuos extranjeros o con antecedentes africanos son explícitamente abordados con las intervenciones tratadas por Strömdahl et al. (2019) y Witzel et al. (2016), respectivamente.

La edad de la población a la que se destinan las intervenciones no se especifica en la mayoría de los artículos, aunque sí se analiza en alguna de ellas como característica de sus participantes. Por un lado, el programa de vacunación frente al VPH tenía un límite superior de edad de 45 años y establecía un calendario vacunal diferente para mayores y menores de 15 años (Checchi et al., 2019; Knapper et al., 2018), mientras que en la intervención *It Starts With Me* (Witzel et al., 2016), el rango de edad de los participantes variaba según si eran personas africanas (25-45 años) o gays/bisexuales (menos de 35 años). Por otro lado, en algunos artículos se propone como criterio de inclusión la edad superior a 18 años (Achterbergh et al., 2017; Moseng y Bjørnshagen, 2017) o superior a 16 años (Gabriel et al., 2018; Llewellyn et al., 2012).

Los/as profesionales a los que van dirigidas las intervenciones de formación difieren, siendo estudiantes de Medicina de penúltimo año (Salkind et al., 2019), profesionales de la salud mental (Lelutiu-Weinberger y Pachankis, 2017), profesionales sociosanitarios que proporcionan cuidados paliativos y oncológicos (Reygan y D’Alton, 2013) y personal y jefatura de residencias (Hafford-Letchfield et al., 2018).

Por último, Boerekamps et al. (2018) valora el impacto del acceso sin restricciones al tratamiento de VHC sobre la población de HSH con VIH. Asimismo, las dos únicas intervenciones que inicialmente iban dirigidas a instituciones o negocios en vez de a individuos son las de Sherriff y Gugglberger (2014) y Hafford-Letchfield et al. (2018).

#### **4.3. Formación (o no) de los/as profesionales que llevan a cabo las intervenciones.**

En el 50% de las intervenciones de esta revisión narrativa no se explicita la formación de los agentes que las llevan a cabo.

Entre aquellas con fines educativos, la enseñanza a estudiantes de Medicina de penúltimo año requirió una formación previa de los médicos sobre identidades transgénero y género no binario, así como sobre trabajo en grupo. Además, fueron orientados por personal universitario con experiencia en incluir la visita de pacientes en la enseñanza (Salkind et al., 2019). Además, en el programa de entrenamiento implementado en hospitales de agudos y cuidados paliativos, hubo cierta inclinación para que los entrenadores fueran personas que se identificasen como LGTB+ o con experiencia en las necesidades de cuidado de dicha población (Reygan y D’Alton, 2013). También, en el proyecto de investigación-acción *Care Home Challenge* (Hafford-Letchfield et al., 2018; Willis et al., 2018), los asesores comunitarios recibieron un programa de entrenamiento inicial para introducirles la herramienta de valoración y resolver la falta de conocimiento sobre el colectivo LGTB+. Este programa fue enriquecido con sesiones grupales con el jefe de proyecto, quien les proporcionó apoyo práctico y emocional.

Por otro lado, sólo 5 del total de las intervenciones enfocadas a la prevención de ITS exponen aspectos formativos. Los/as profesionales del servicio de salud sexual y reproductiva recibieron información sobre la vacuna Gardasil previo al inicio del programa de vacunación frente al VPH (Knapper et al., 2018). De igual modo, en el diseño de la intervención propuesta por Achterbergh et al. (2017), los/as profesionales de la salud recibirían entrenamiento de profesionales de la salud mental para abordar los

problemas mentales y/o de adicción. Igualmente, los trabajadores de la organización local que colaboraron con el servicio prestado por profesionales de enfermería y el servicio de *kits* de detección auto-muestreo, emprendieron una formación acerca de la entrevista motivacional, la promoción de la salud sexual y las pruebas de detección de ITS (Wood et al., 2015). En el caso del proyecto europeo *Everywhere* (Sherriff y Gugglberger, 2014), los mediadores completaron un entrenamiento sobre la mediación con negocios y prevención de VIH/ITS, así como acerca de cómo valorar y premiar con el sello *Everywhere* y cómo proporcionar apoyo a los negocios certificados para que mantuvieran sus estándares. Por último, en la intervención comportamental de Llewellyn et al. (2012), el intervencionista usaría un manual de tratamiento para asegurar su adquisición de habilidades y reducir al mínimo los cambios entre los tratamientos de los individuos.

#### **4.4. Metodología para evaluar las intervenciones.**

Todas las intervenciones incluidas en la revisión narrativa poseen un método de evaluación, siendo una pieza clave para su correcto funcionamiento. La metodología de evaluación más empleada fueron los cuestionarios y las entrevistas, siendo el primero el método predominante en las intervenciones de formación de profesionales. Además, tres de los cuestionarios descritos a continuación emplean diferentes escalas de evaluación.

Los/as profesionales de salud mental que asistieron al curso de formación descrito por Lelutiu-Weinberger y Pachankis (2017) rellenaron un cuestionario dos semanas antes y una semana después del entrenamiento, incluyendo éste último adicionalmente medidas sobre la aceptabilidad del mismo a través de una pregunta cualitativa (¿cuáles son las cosas más importantes que ha aprendido durante esta formación?) y siete preguntas cuantitativas. Debido a la escasez de cuestionarios que valoran las actitudes y pensamientos de los/as profesionales sobre las personas transgénero, se adaptaron 3 escalas para valorar la eficacia del entrenamiento: *Modern Homonegativity Scale*, *Gay Affirmative Practice Scale* y *Sexual Orientation Counselor Competency Scale*, la cual contaba con 3 subescalas (actitudes, habilidades y conocimiento). Estas escalas fueron complementadas con una pregunta cualitativa (¿cómo de comfortable se siente para abordar las necesidades en salud mental del colectivo LGTB+?). En el diseño de la intervención propuesta por Achterbergh et al. (2017) también se emplearon escalas en los cuestionarios autoadministrados tras la admisión en el estudio y al final del mismo que representan los dominios sinérgicos de referencia para HSH que muestran



comportamientos de alto riesgo (*Sexual Compulsivity Scale, Alcohol Use Disorders Identification Test, Drug Use Disorders Identification Test, Adult ADHD Self-Report Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale* y *Toronto Alexithymia Scale*), junto con preguntas referentes a la violencia de pareja, abuso sexual en la infancia y discriminación. De igual forma, la intervención psicológica descrita por Rimes et al. (2018) fue evaluada a través de cuestionarios completados por los pacientes en cada contacto con la clínica que incluían las escalas *Patient Health Questionnaire Depression Scale, Generalised Anxiety Disorder Scale* y *Work and Social Adjustment Scale*.

También es el caso de la intervención diseñada por Llewellyn et al. (2012), en la cual los participantes deben rellenar un cuestionario 4 veces durante el estudio (a los 0, 3, 6 y 12 meses de terminar PEP) para valorar los comportamientos de riesgo, el nivel de adherencia al tratamiento, el número de PEP siguientes, los posibles diagnósticos de gonorrea, clamidia o VIH; y los niveles de motivación, conocimiento y habilidades para el control de comportamientos de riesgo.

Asimismo, los estudiantes de Medicina de penúltimo curso completaron un cuestionario anónimo antes y después de cada sesión para valorar su punto de vista sobre la importancia de la formación y su seguridad a la hora de usar un lenguaje apropiado para referirse a la orientación sexual e identidad de género y a la hora de tratar a pacientes LGTB+. Además, el cuestionario post-sesión exploraba si ésta había sido útil y si la visita del paciente había aumentado su conocimiento sobre el colectivo LGTB+. A su vez, se realizó un *feedback* entre el visitante y el médico moderador que permitió adoptar un enfoque *plan-do-study-act* y hacer cambios de contenido o estructura para futuras sesiones (Salkind et al., 2019). En el caso del programa de Reygan y D'Alton (2013) sobre formación de profesionales sociosanitarios que proveen cuidado paliativo y oncológico, se emplearon dos métodos de evaluación. Todo el personal rellenó un cuestionario antes y después del entrenamiento y un participante de cada uno de los hospitales se sometió a una entrevista de un evaluador externo de aproximadamente 20 minutos.

Por otro lado, las intervenciones de Moseng y Bjørnshagen (2017) y Strömdahl et al. (2019) se evaluaron con un cuestionario tras realizar la prueba de detección para valorar la orientación sexual, la práctica sexual, el uso de alcohol y drogas, y los antecedentes

de ITS y pruebas de detección de VIH de los usuarios. Adicionalmente, el proyecto Testpoint valoró el comercio sexual y las razones para realizarse la prueba de detección. Los programas de vacunación mencionados por Knapper et al. (2018) y Checchi et al. (2019) emplearon sistemas de registro de datos como metodología de evaluación. En la primera intervención, los datos a analizar se extrajeron del sistema de registro electrónico de pacientes del servicio de salud sexual y reproductiva, mientras que en la segunda intervención, la aceptación de la vacuna se monitorizó a través del sistema de vigilancia GUMCAD de las clínicas de salud sexual y del sistema de declaración de VIH/SIDA de las clínicas especializadas en VIH. A su vez, Checchi et al. (2019) compararon los patrones de asistencia antes y después de la introducción del programa de vacunación entre clínicas piloto y no piloto para valorar si la asistencia de la población diana había aumentado en las clínicas piloto como resultado de la intervención.

Son tres las intervenciones que evaluaron a través de entrevistas semiestructuradas. En el programa *It Starts With Me* (Witzel et al., 2016), la valoración de las motivaciones y barreras para comprometerse con una intervención de salud sexual en relación a la privacidad y seguridad online se desarrolló en dos fases. En una primera fase general, se realizaron entrevistas semiestructuradas de 25 minutos de duración a 20 usuarios sobre su uso de las redes sociales, experiencia de comprometerse con intervenciones de salud online y razones para no hacerlo. Posteriormente, en una segunda fase específica, se llevaron a cabo entrevistas de 45 minutos de duración con 20 individuos inscritos al proyecto a través de páginas asociadas a Twitter y Facebook, que cubrían los mismos temas que las entrevistas de la primera fase, junto con la valoración de los objetivos del proyecto, motivaciones para comprometerse con la intervención y razones por la que los individuos comparten contenido concreto con otros contactos.

En el caso de la intervención *Care Home Challenge* analizada por Hafford-Letchfield et al. (2018) y Willis et al. (2018), el equipo de investigación académica con experiencia LGTB+ realizaría entrevistas semiestructuradas de 30-40 minutos antes de la intervención y 3-4 meses después a asesores comunitarios y directores de residencias para captar los retos encontrados y los resultados percibidos, así como a un moderador externo que dirigía el entrenamiento inicial. Además, se obtendrían datos de 4 reuniones entre los asesores y directores.

Otra intervención con un método de evaluación similar fue SELPHI, descrita por Gabriel et al. (2018), Witzel et al. (2019) y Witzel et al. (2020). En ella, los participantes de aleatorización A cumplieron una encuesta a los 3 meses, cuyas preguntas fueron idénticas (sobre comportamiento sexual de riesgo y pruebas de detección), a excepción de las referentes a la experiencia de recibir y usar la prueba de auto-detección. Dicha encuesta también fue cumplimentada por los participantes de aleatorización B cada 3 meses durante 2 años. Además, los participantes de ambas aleatorizaciones que recibieron la prueba de auto-detección tuvieron que completar una encuesta de seguimiento a las dos semanas sobre si habían usado el *kit*, sobre el resultado encontrado y sobre si habían accedido a los servicios sanitarios. Asimismo, se realizó un subestudio de SELPHI con el objetivo de examinar su aceptabilidad en mayor profundidad, para lo cual se llevaron a cabo 37 entrevistas con HSH cisgénero, 10 de ellas en la fase piloto de la intervención.

Un método de evaluación único entre las intervenciones de esta revisión narrativa fue el empleado por Sherriff y Gugglberger (2014). Para que el negocio gay fuera reconocido con el sello de aprobación *Everywhere* (mínimum o premium), éste debía cumplir unos criterios obligatorios que definían cada estándar. Estos criterios o indicadores permitían cierta flexibilidad para que pudieran ser adaptados a diferentes contextos social, cultural y político.

En la intervención examinada por Boerekamps et al. (2018) se comparó la incidencia de infecciones agudas por VHC entre HSH con VIH el año previo a la introducción sin restricciones del tratamiento (2014) y el año posterior (2016) a partir de los datos de dos estudios prospectivos que evaluaban diferentes opciones de tratamiento basadas en antivirales de acción directa para la infección aguda por VHC (Dutch Acute HCV in HIV Studies o DAHHS). Por último, en el servicio estudiado por Wood et al. (2015), se realizó un análisis descriptivo de los 30 primeros clientes de cada uno de los servicios que componían la intervención, en comparación con el servicio estándar de detección (clínica de salud sexual).

#### **4.5. Impacto de las intervenciones.**

En todas las intervenciones de formación se encontraron resultados muy positivos, a pesar de que en ninguna de ellas se valoró el impacto sobre la práctica clínica.

En el programa expuesto por Salkind et al. (2019) se evidenció una mejora de la conciencia sobre las desigualdades sociales y de salud a las que se enfrentan los individuos LGTB+ y de la seguridad para usar la terminología apropiada y tratar a individuos LGTB+. El mayor incremento se reportó en aquellos aspectos relacionados con las personas transgénero/género no binario, debido a la poca seguridad que los estudiantes tenían para abordarlos. Asimismo, el 95% de los estudiantes valoraron la sesión como útil y el 97% valoraron la visita del paciente como apropiada para aumentar su conocimiento LGTB+. Estos mismos cambios se hallaron en el programa de formación implementado por Reygan y D'Alton (2013), donde los/as profesionales de enfermería fueron los que más asistieron (44,3%). Durante las entrevistas, los participantes mostraron la necesidad de no asumir que alguien es heterosexual, sino preguntar si tiene pareja; de tener amplitud de miras para hablar sobre cuestiones LGTB+, de abordar las cosas de una manera diferente y de acercar la información a otros/as profesionales del hospital.

En esta misma línea se encuentra la formación a profesionales de salud mental descrita por Lelutiu-Weinberger y Pachankis (2017), la cual aumentó de forma significativa el conocimiento y las habilidades clínicas para tratar a pacientes LGTB+, la predisposición para adoptar una práctica pro-LGBTB+, así como el confort a la hora de abordar sus necesidades en salud mental. Además, disminuyeron considerablemente las actitudes negativas hacia personas homosexuales y transgénero. Con respecto a la aceptabilidad del entrenamiento, 84% lo encontraron interesante, 58% informativo, 55% útil para aumentar conocimientos, 52% útil para interaccionar con individuos LGTB+, 68% útil para comprender las identidades LGTB+ y 74% útil para cuidar a individuos LGTB+. Las respuestas a la pregunta abierta mostraron la identidad LGTB+ como expresión natural de la sexualidad y género, el impacto en la salud del estrés de las minorías y el estigma, las necesidades en salud física y mental y las modalidades afirmativas para tratar a pacientes LGTB+ (tratar de forma respetuosa, abordar el estrés por estigma, crear relaciones de ayuda, encontrar sus apoyos y validar sus fortalezas).

En el proyecto *Care Home Challenge*, los asesores pusieron en conocimiento la falta de información del personal sobre cuestiones LGTB+, experiencias vividas y necesidades de apoyo al colectivo, necesaria para responder a las preguntas de la herramienta de valoración. Consecuentemente, se realizaron breves sesiones de asesoramiento consistentes en conversaciones de grupos pequeños y ejercicios para sensibilizar. Como

parte de dichas sesiones, los asesores comunitarios revelaron su identidad LGTB+ y sus vivencias para generar empatía entre el personal. Como resultado, se encontraron dificultades para asegurar que la mayoría del personal asistiera a las sesiones en grupo y para explorar asuntos relacionados con la población transgénero e intersexo debido a la duración breve del proyecto. Además, los asesores comunitarios revivieron experiencias dolorosas al observar que el personal expresaba opiniones deshumanizantes fundadas en estereotipos o en creencias religiosas. Sin embargo, estas sesiones permitieron hablar abiertamente acerca de las asunciones e influencias biográficas y sociales sobre el pensamiento y la práctica, aclararon las consecuencias personales y sociales de la exclusión y marginación e hicieron ver a los individuos LGTB+ como una forma diferente de expresar su identidad y como un derecho humano. Las conversaciones que más ayudaron en la modificación de actitudes fueron aquellas en las que los asesores comunitarios compartieron sus experiencias como individuos LGTB+. Aunque se desconoce el impacto a largo plazo, el programa fomentó el pensamiento crítico y la modificación de actitudes (Hafford-Letchfield et al., 2018; Willis et al., 2018).

La única intervención psicológica de esta revisión narrativa recogida por Rimes et al. (2018) mostró un beneficio similar entre hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales. En cambio, las mujeres lesbianas y bisexuales, particularmente éstas últimas, mostraron un menor beneficio que las mujeres heterosexuales. Las mujeres lesbianas y bisexuales mostraron una reducción menor en depresión y adaptación que las mujeres heterosexuales. Asimismo, las mujeres bisexuales mostraron una reducción significativamente menor en ansiedad que las mujeres heterosexuales. .

Con la introducción sin restricciones de los antivirales de acción directa en 2015 se observó un descenso del 51% de infecciones agudas por VHC entre 2014 y 2016 (93 casos vs. 49 casos). Este tratamiento causó un marcado descenso en el porcentaje de HSH con VIH que permanecían siendo VHC positivo (4,2% en 2014 vs. 1,5% en 2016), disminuyendo así las fuentes potenciales de infección (Boerekamps et al., 2018).

Por otro lado, la aceptación del programa de vacunación frente al VPH fue favorable tanto en Gales como en Inglaterra. Knapper et al. (2018) hallaron que la tasa de aceptación entre HSH en la clínica central fue del 77% (61% si se tienen en cuenta todas las clínicas, incluidas las periféricas). Asimismo, 40% de los HSH completaron el curso de vacunación. No obstante, se esperaba que este porcentaje aumentara a medida que se vacunasen aquellos HSH que comenzaron relativamente cerca del final de la auditoría.

En comparación, Checchi et al. (2019) observaron que el inicio de la vacunación entre gays, bisexuales y HSH (GBHSH) fue del 49,1% (en algunas clínicas se alcanzó hasta el 88,1%). Solo un 3,5% fue registrado por haber rechazado la vacuna (esta proporción disminuía con la edad y aumentaba ligeramente entre individuos VIH negativo). El resto de GBHSH aptos no tenía registrada correctamente la vacunación. La tasa de finalización no se conocería hasta que aquellos que iniciaron el programa de vacunación fueran seguidos durante 24 meses (periodo clínicamente aceptable). No obstante, a finales de marzo de 2018, entre aquellos que habían recibido la primera dosis, el 58,7% recibió la segunda y el 29,4% la tercera. Además, hay evidencia de oportunidades perdidas de dar la segunda y tercera dosis. En cuanto a los patrones de asistencia, la introducción del programa de vacunación como un componente adicional de la atención habitual no supuso un incremento significativo de nuevos pacientes en las clínicas de salud sexual y no provocó que los pacientes cambiasen de clínica para salir a la búsqueda de la vacuna.

Las tres intervenciones que acercaron las pruebas de detección a localizaciones fuera del entorno sanitario permitieron a personas gays y transgénero realizarse la prueba por primera vez y fomentó la repetición de la misma entre individuos de alto riesgo. Wood et al. (2015) detectó un menor uso del servicio postal de *kits* auto-muestreo en comparación con el servicio prestado por profesionales de enfermería (33 usuarios vs. 80 usuarios). El servicio Sjekkpunt Norway hizo la prueba de detección al 15% de los casos de VIH reportados entre HSH en 2015. El 21,9% tuvo 10 o más parejas sexuales en el último año, el 56,4% reportó haber tenido sexo anal sin protección con 1 o más parejas, el 20,1% reportó nunca haberse hecho una prueba de detección y el 13,8% no habérsela hecho en los últimos dos años. Las motivaciones que llevaron a los usuarios a realizarse la prueba de detección fueron el hecho de tratarse de una prueba rápida, el horario de apertura, la localización, el anonimato y la separación con un hospital o consulta (Moseng y Bjørnshagen, 2017). Por otro lado, la mayoría de los participantes del proyecto Testpoint (68%) realizó la prueba de detección en las oficinas RFSL de Estocolmo y Örebro, mientras que el 27% se testó en clubs nocturnos, saunas y áreas *cruising*, y reportó que la razón para hacerlo fue espontánea. Casi todos los participantes habían tenido sexo anal sin condón previamente y habían consumido drogas durante el sexo en los últimos 12 meses. 7 participantes reportaron haber compartido material de inyección de drogas durante los últimos 12 meses y el 3% reportó haber sido cliente o

trabajado en la prostitución. 115 de las 595 personas que participaron en el estudio nunca se habían realizado una prueba de detección de VIH, siendo los individuos con experiencia *trans* los que tenían mayor probabilidad de no haberlo hecho. Asimismo, 113 participantes reportaron que no se habrían testado en un servicio sanitario si el programa en los lugares mencionados no se hubiera establecido (Strömdahl et al. 2019). Estos dos últimos servicios fueron exitosos en acercarse a personas nacidas en el extranjero, pues el 21,7% de los participantes del servicio Sjekkpunt Norway tenían antecedentes inmigrantes no occidentales y el 55% de los usuarios de Testpoint nacieron fuera de Suecia.

A nivel europeo, los negocios gays demostraron aceptabilidad y predisposición para involucrarse en actividades de prevención de VIH. El porcentaje medio de negocios contactados por los mediadores sociales con respecto a los estimados de estar disponible fue aproximadamente del 46,4%, con una tasa de conversión de ser contactado a ser certificado del 68,8%. En total, 83 negocios gays fueron certificados con el sello *Everywhere*, optando la mayoría de ellos por comprometerse con actividades de prevención en concordancia con el estándar premium, lo que asegura que son socialmente responsables con la prevención del VIH y que cuidan de la salud de sus clientes. La mayoría de estos negocios se encontraban en Francia, seguido de España, Reino Unido y Polonia (Sherriff y Gugglberger, 2014).

Durante la fase piloto del proyecto SELPHI participaron 1035 personas, mayoritariamente HSH cisgénero y una pequeña proporción de mujeres transgénero, de las cuales 631 recibieron el *kit*. Del 78% de los participantes incluidos en la aleatorización B que rellenaron al menos la encuesta a las dos semanas o la encuesta a los tres meses, el 97% recibió el *kit* y el 90% lo usó. Además, de los 375 participantes que usaron el *kit* y completaron la encuesta a los tres meses, el 98% encontró las instrucciones fáciles de entender, el 97% encontró el *kit* fácil de usar y el 97% reportó una buena experiencia en general. En comparación con el 55% de las pruebas de auto-muestreo que son finalmente enviadas a analizar en Reino Unido, el 71% del total de los *kits* fueron usados. Las motivaciones que llevaron a los participantes a comprometerse con el estudio fueron el acceso a pruebas de detección por su conveniencia, facilidad de acceso y confidencialidad, especialmente entre aquellos que nunca se habían realizado una prueba de detección o se la realizaban por una práctica de riesgo; el deseo de usar una tecnología innovadora y el deseo de contribuir a la comunidad gay y a la ciencia.

Las experiencias de los participantes fueron recogidas en el subestudio SELPHI, donde se valoraron positivamente los anuncios, los elementos de apoyo a la intervención (preguntas sobre el comportamiento de riesgo en las encuestas, seguimiento tras dos semanas y recordatorios), la información que acompañaba al *kit* sobre la precisión de la prueba y los pasos a seguir en caso de que el resultado fuera positivo y las instrucciones escritas y los videos explicativos online. Se reportó una mayor o menor ansiedad al hacer uso del servicio según la experiencia en pruebas de detección y comportamientos de riesgo. Los cambios en la rutina de pruebas de detección fueron más pronunciados entre aquellos que nunca se las habían realizado y que describieron una reducción de barreras personales y geográficas. Además, reportaron que estas pruebas de detección podrían reemplazar a otros servicios dado que sus necesidades estaban mejor atendidas, por lo que consecuentemente la frecuencia de pruebas de detección de otras ITS disminuirían (Witzel et al., 2019; Witzel et al., 2020).

Finalmente, Witzel et al. (2016) hallaron que la privacidad y la seguridad online podrían suponer una barrera cuando se busca la participación de minorías o grupos difíciles de alcanzar en intervenciones sobre temas de salud sexual. Los entrevistados manifestaron que las redes sociales son inapropiadas para intervenciones de salud sexual por su deseo de mantener distancia con la esfera social (amigos, familia y trabajo), lo que se describe como *context collapse*. Esto era más frecuente entre aquellos que no habían hecho pública su identidad LGTB+ y entre participantes africanos para los cuales las discusiones sobre sexo son tabúes. La preocupación sobre ser considerado una identidad estigmatizante o VIH positivo si aceptaban participar en *It Starts With Me* era mayor entre hombres gays y con antecedentes africanos. En cambio, no se reportaron preocupaciones sobre otras intervenciones de salud como aquellas relacionadas con el cáncer de próstata. Asimismo, expresaron su preocupación sobre las ambigüedades de la privacidad de Facebook y el posible mal uso de los datos.

Algunos autores estudiaron las debilidades de sus intervenciones y propusieron áreas de mejora. En el caso de Knapper et al. (2018), con el fin de aumentar la tasa de aceptación y finalización de la vacuna, plantearon implementar un sistema de recordatorios vía mensaje de texto e introducir la vacuna en otros centros periféricos para evitar barreras geográficas. Además, señalaron la necesidad de asegurar en todo momento el suministro de vacunas y disponer de un espacio donde apuntar la oferta de la vacuna y la respuesta por parte del paciente, así como los motivos por los que la población diana no la recibe.



De igual modo, Witzel et al. (2019) realizaron cambios en el diseño del ensayo SELPHI tras la fase piloto: los mensajes serían más inclusivos para la comunidad transgénero, los anuncios y el lenguaje del link a la inscripción serían más motivacionales y resaltarían su aspecto altruista, se priorizarían las campañas de anuncios a nivel nacional, se incrementaría el número de recordatorios de 2 a 3 y la entrega postal del *kit* se realizaría a varias horas del día. Por último, en el proyecto *Care Home Challenge*, los asesores pusieron en conocimiento la necesidad de mantener conversaciones con el personal y la jefatura sobre creencias, valores y derechos humanos previo a la implementación de la herramienta de valoración; y la necesidad de hacerles partícipes en la elaboración de dicha herramienta para modificar su formato estructurado (Willis et al. 2018).

#### **4.6. Papel de Enfermería en las intervenciones.**

En relación al papel de Enfermería, únicamente dos intervenciones lo incorporan. En la combinación de servicios descrita por Wood et al. (2015), el papel de Enfermería consistía en la prevención y promoción de la salud a través de la oferta de la vacuna frente a la hepatitis B y pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis, VIH, hepatitis B y hepatitis C, junto con asesoramiento en salud. Por otro lado, en la intervención destinada a HSH que recibían PEP, el/la enfermero/a de investigación informaba sobre el estudio a los participantes para que dieran su consentimiento informado en su visita a la clínica de medicina genitourinaria. Además, esta intervención se complementaba con el tratamiento habitual consistente en una cita con la enfermera tras finalizar PEP para tratar la salud sexual, la adherencia al tratamiento y los resultados del test (Llewellyn et al., 2012).

### **5. DISCUSIÓN**

Existen diversas intervenciones llevadas a cabo en el contexto europeo para mejorar la atención a la salud del colectivo LGTB+, siendo la mayoría publicadas en los últimos 5 años. Las intervenciones más predominantes han sido aquellas dirigidas a la prevención de la transmisión de ITS y de manera minoritaria se han abordado la formación de los/as profesionales, tanto en el ámbito académico como asistencial, y la salud mental del colectivo LGTB+. Salvo el estudio SELPHI, el proyecto Testpoint y los programas formativos, las intervenciones se enfocaron únicamente en la orientación sexual y, más concretamente, en los HSH. La formación de los agentes que llevaron a cabo las

intervenciones englobó aspectos teórico-prácticos (trabajo en grupo y mediación con negocios) complementados con apoyo práctico-emocional por parte de profesionales con experiencia en el área o por parte de la persona que lidera el proyecto. La metodología de evaluación más empleada fueron los cuestionarios pre/post intervención, contando con herramientas de valoración tanto cuantitativas (escalas de valoración) como cualitativas (preguntas abiertas). En menor medida, se emplearon entrevistas semiestructuradas, presenciales o por teléfono, y sistemas de registro de datos. Dos de las intervenciones no fueron evaluadas dado que en los artículos se explicaba únicamente el diseño de las mismas. Cabe destacar cómo el resto de las intervenciones mostraron resultados positivos de evaluación.

Las intervenciones, a excepción del proyecto *Everywhere*, se desarrollaron a nivel nacional o local. No obstante, es necesario implementar **estrategias compartidas** entre países y/o comunidades autónomas para que el potencial beneficio de las intervenciones sea mayor y mantenido en el tiempo (Boerekamps et al., 2018) y el cambio de residencia no suponga desigualdades en el abordaje a la salud del colectivo LGTB+ (FELGTB, 2011). Esto contrasta con la descrita ausencia de políticas nacionales de detección de ITS entre los principales grupos de riesgo en la Unión Europea (ECDC, 2017).

Tras el **entrenamiento a profesionales** sociosanitarios, se obtuvieron notables mejoras en sus actitudes, habilidades y conocimientos, a pesar de que no se evaluó su impacto a largo plazo sobre la práctica clínica o el estado de salud de la población LGTB+. En estas intervenciones de formación teórico-práctica, la incorporación de las experiencias de individuos LGTB+ en los estudios de casos fue valorada como útil y esclarecedora para generar buenas prácticas, frente a los casos hipotéticos que pueden carecer de la complejidad de los casos clínicos (Salkind et al., 2019). De igual forma, las conversaciones que más contribuyeron al cambio de actitudes del personal fueron aquellas en las que los asesores comunitarios compartieron sus vivencias como individuos LGTB+ (Hafford-Letchfield et al., 2018). Esto concuerda con la revisión sistemática de Higgins et al. (2019) en la que se concluye que un **enfoque más interactivo** debe ser incorporado en la enseñanza para producir cambios actitudinales e incrementar la seguridad de los/as profesionales sociosanitarios para tratar a pacientes LGTB+, involucrándolos en los programas formativos o integrando a los/as profesionales en organizaciones específicas de personas LGTB+.

En relación con lo anterior, se hace visible la falta de **investigación** sobre las necesidades específicas del colectivo y la escasez de contenido sobre diversidad sexogenérica en determinados **títulos de grado y posgrado**, aún más en contextos fundamentalmente homofóbicos, bifóbicos, transfóbicos e interfóbicos como Azerbaiyán, Turquía, Armenia y Rusia. La exclusión de formación en diversidad LGTB+ conlleva que profesionales que educarán o atenderán en un futuro a personas LGTB+ (Magisterio, Trabajo Social, Medicina, Enfermería, etc.) no tengan los conocimientos suficientes acerca de cómo abordar la salud y tratar a los pacientes LGTB+ o de cómo abordar el acoso escolar por orientación sexual y/o identidad de género. No obstante, se han comenzado a poner en marcha titulaciones específicas en países anglosajones y en España, como el Máster Oficial Universitario en Estudios LGBTIQ+ de la Universidad Complutense de Madrid (2019-2020) (ILGA Europe, 2020; Pichardo y Puche, 2019).

Concretamente en el ámbito sanitario, existe la necesidad de introducir formación en diversidad LGTB+, pues se han hallado **barreras** que impiden a los/as profesionales de la salud proveer un cuidado competente, como las actitudes negativas arraigadas, la inseguridad a la hora de entablar conversaciones con pacientes LGTB+, así como al emplear la terminología y el lenguaje apropiado; y el desconocimiento de la identidad LGTB+ de los pacientes y sus necesidades asociadas (European Commission, 2017).

En España, según el estudio de Martín-Pérez (2015), tan sólo la mitad de los entrevistados reportó tener una percepción positiva de la competencia y entrenamiento de los/as profesionales de la salud en materia LGTB+ y sólo el 43% (atención primaria) y 36% (atención especializada) de sus profesionales sanitarios conocían su orientación sexual y/o identidad de género. Resultados similares se encontraron en el sondeo de FELGTB (2019b), donde el 75% de los encuestados *trans* afirmaron que el conocimiento sanitario de su realidad era bajo o muy bajo. De igual forma, manifestaron que varios/as profesionales de la salud se habían negado a nombrarlos y tratarlos acorde a su identidad de género. En Reino Unido se reportaron experiencias negativas semejantes que obstaculizaron la comunicación y relación terapéutica, tales como preguntas indiscretas, comentarios groseros y un uso inadecuado de pronombres y términos referentes a la orientación sexual y/o identidad de género (gay vs. homosexual) (Pennant et al., 2009, citado por European Commission, 2017). De igual manera, el 26% de las personas mayores LGTB+ de la muestra de un estudio realizado en Irlanda

declaró no haber revelado su identidad LGTB+ a los profesionales sanitarios por miedo a ser discriminado/a o a que afectara a la calidad de la atención. Asimismo, el 59% declaró tener una percepción negativa respecto al entrenamiento y conocimiento en materia LGTB+ de los profesionales de la salud (Sharek et al., 2015, citado por European Commission, 2017).

En este contexto, la **investigación cualitativa** es útil para conocer las problemáticas y necesidades subjetivamente percibidas por las personas LGTB+ con el propósito de concretar las intervenciones oportunas de salud (González, 2010).

Las personas LGTB+ sometidas a una discriminación arraigada en la sociedad y extendida al sistema sanitario no están respaldadas en ocasiones por una ley que prohíba específicamente el **trato discriminatorio** por razón de orientación sexual, identidad de género y características sexuales (OSIGCS), lo que se conoce como discriminación institucional (European Commission, 2017). Igualmente, en aquellos países que sí cuentan con legislación referente a la discriminación en el ámbito sanitario por OSIGCS, como es el caso de la Ley 33/2011 de 4 de octubre General de Salud Pública en España (ILGA Europe, 2020), las personas LGTB+ continúan experimentando discriminación. Así, en la encuesta realizada por Martín-Pérez et al. (2015), un 21% declaró haber sido discriminado dentro del sistema sanitario español, duplicándose este porcentaje entre las personas *trans*. Esta experiencia de discriminación influyó en que un 38% evitara usar más adelante el servicio donde tuvo lugar la discriminación. Asimismo, el 19% de los entrevistados *trans* confesó que había sufrido discriminación en el acceso al sistema sanitario (FELGTB, 2019b).

Consecuentemente, las experiencias de discriminación y estigmatización suponen un distrés psicológico adicional que impacta en la salud mental del colectivo, concepto conocido como **estrés de la minoría**, que debe ser tenido en cuenta por los servicios de salud mental. No obstante, a pesar del mayor riesgo de trastornos mentales como la ansiedad, la depresión, los trastornos alimenticios, la drogodependencia, la ideación suicida y la autolesión; sumado a la **doble estigmatización** que deben afrontar las personas LGTB+ por pertenecer al colectivo y padecer una enfermedad mental (European Commission, 2017), únicamente una intervención de esta revisión narrativa ha abordado esta cuestión, sin especificar en profundidad el contenido y estructura del tratamiento psicológico, de modo que no es posible replicarlo.

Basándose en la **teoría sindémica**, varios estudios han demostrado que los factores psicosociales, tales como el estigma y la discriminación, el consumo de drogas y alcohol, el abuso sexual, la violencia de pareja, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, pueden reforzarse mutuamente y exponer a los individuos LGTB+ a un riesgo mayor de VIH (entre hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero) y otras condiciones físicas como migrañas, problemas respiratorios, diabetes, enfermedades cardiovasculares (infarto e hipertensión), artritis y problemas de estómago o vesícula biliar (úlceras estomacal, enteritis y colitis). Esto sugiere la necesidad de intervenciones innovadoras que aborden la salud mental, comportamental y relacional del colectivo LGTB+ para mejorar a su vez su salud física (Scheer y Pachankis, 2019). Concretamente, se ha reflejado cómo las experiencias de estigma y discriminación de las mujeres transgénero las posiciona en un mayor riesgo de contraer VIH al sentir la necesidad de ser aceptadas y queridas por sus parejas, de manera que aceptan prácticas de riesgo como muestra de confianza en el otro (Melendez y Pito, 2007, citado por González, 2010).

En cuanto al acceso a **pruebas de detección de VIH u otras ITS**, se maximizó con intervenciones que pretendían alcanzar a personas que no acceden a los servicios tradicionales de salud, pero sí visitan con frecuencia ciertos espacios como saunas, clubs, bares, hoteles y áreas *cruising*, a través de servicios con un perfil neutro y un enfoque de “pares”. No obstante, a pesar de la comprobada efectividad de este tipo de intervención y de su recomendación por parte del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades para la detección de VIH, VHB y VHC (ECDC, 2018a), al ser frecuente la coinfección por VIH y hepatitis virales, en el año 2016 sólo uno de cada tres países europeos estaba autorizado para prestar servicios de detección por personal no sanitario entrenado fuera del sistema de salud (en lugares móviles o fijos de la comunidad) y los *kits* de auto-muestreo y auto-detección estaban autorizados en muy pocos países. Esto supone una de las principales barreras de la región europea para ofrecer a grupos de riesgo y difíciles de alcanzar pruebas de detección de VIH u otras ITS. Además, se ha evidenciado la necesidad de establecer una coordinación entre estos servicios comunitarios y los centros de asistencia sanitaria a los que derivar a los individuos con resultados positivos (Croxford et al., 2020). Este planteamiento es compartido por Belza et al. (2016), quien afirma que la clave para el éxito del tratamiento para el VIH comienza por el diagnóstico precoz, mediante tests rápidos en

entornos no clínicos y autotest, seguidos de una rápida vinculación al sistema de salud, un temprano inicio del tratamiento antirretroviral y una buena adherencia al mismo. En la región oeste de Europa, existe un amplia área de mejora en cuanto a la derivación a los servicios sanitarios de los HSH diagnosticados de VIH se refiere. En el estudio realizado en España por Hoyos et al. (2019), un 9,4% de la muestra se clasificó en la categoría de una pobre vinculación con el sistema sanitario, porcentaje similar al encontrado en un estudio llevado a cabo en Italia (7,9%). La realización de la prueba fuera del ámbito sanitario o en otro lugar en el que no se prestan cuidados a las persona con VIH se asoció a una peor vinculación al sistema sanitario, así como el recibir la cita a los 3 meses de ser diagnosticado y el estado de miedo o negación, por lo que se recomienda ofrecer asesoramiento junto con la prueba de detección e implementar intervenciones de gestión de casos.

Asimismo, según ECDC (2015), otros servicios efectivos en la **prevención y reducción del VIH u otras ITS** son la vacunación contra la hepatitis A, hepatitis B y VPH, abordada por Checchi et al. (2019), Knapper et al. (2018) y Boerekamps et al. (2018); la entrega de condones y lubricantes, impulsada por Witzel et al. (2016); la promoción de la salud a través de intervenciones para fomentar la conciencia sobre riesgos para la salud relacionados con las prácticas sexuales (Achterbergh et al. 2017; Llewellyn et al. 2012); y el adecuado tratamiento por medio de antirretrovirales y asesoramiento individual (Achterbergh et al., 2017; Llewellyn et al., 2010; Wood et al., 2015).

A pesar de que la infección por VPH continúa siendo un problema para los HSH en el contexto europeo, éstos no se benefician de los programas de vacunación actuales dirigidos a chicas preadolescentes, a diferencia de la población heterosexual. Por este motivo, se ha visto que en caso de que no fuera costo-efectivo incluir a los hombres en el programa de **vacunación contra el VPH** (muchos países en los últimos años han expandido el programa a esta población), parece ser una alternativa abordar a ciertos grupos de riesgo, incluidos los HSH (ECDC, 2020).

Entre los individuos LGTB+, otro asunto de suma importancia fue el **anonimato** y la **privacidad**, en parte por las asunciones estigmatizantes que podría conllevar su compromiso con intervenciones de salud sexual. Un claro ejemplo es la intervención *It Starts With Me* descrita por Witzel et al. (2016), donde la mayoría de los entrevistados se sentían incómodos a la hora de participar en intervenciones online de salud sexual, pero consideraban accesibles aquellas no relacionadas con esta temática. El no sentir

garantizadas la confidencialidad y la privacidad pueden llevar a los individuos LGTB+ a no acudir a los servicios sanitarios o a no compartir información relevante para su cuidado a los/as profesionales, fenómeno que se conoce como “**autoexclusión**”, pues aun teniendo derecho y acceso a los servicios sanitarios, prefieren no utilizarlos (OMS y OPS, 2013). En concreto, si bien es necesario proteger este derecho de todos/as los/as pacientes, lo es aún más en el caso de las personas LGTB+, por la existencia de prejuicios y estigmatización alrededor del colectivo y, dentro de él, alrededor de las personas que viven con VIH (FELGTB, 2011).

Igualmente, se ha de considerar que las necesidades en salud difieren a lo largo del **ciclo vital** y que en ocasiones son desconocidas por los/as profesionales que atienden a los individuos LGTB+. En el caso de las **personas mayores** LGTB, se ha hallado que tienen menos probabilidad de tener hijos en los que buscar apoyo y más probabilidades de vivir solas. Asimismo, se ha visto que deben enfrentarse a barreras para acceder a los servicios de salud debido al aislamiento y a la falta de servicios sociosanitarios que proveen unos cuidados competentes. Sin embargo, más allá de desarrollar un cuidado inclusivo en las residencias, no se han llevado a cabo intervenciones para contrarrestar esta falta de apoyo social. Por ende, es necesario crear iniciativas de promoción de la salud que aborden la soledad y el aislamiento social de las personas mayores LGTB+.

De igual forma, ninguna intervención aborda específicamente aspectos LGTB+ en **edades tempranas**, aunque sí sería necesario empoderar a educadores, padres y madres en materia de orientación sexual e identidad de género, pues se ha visto que la falta de apoyo de la familia o comunidad a la juventud LGTB+ puede dar lugar a problemas sociosanitarios como consumo de drogas y problemas de salud mental, los cuales pueden influir negativamente en su rendimiento escolar (European Comission, 2017). Asimismo, la violencia entre iguales que sufren las personas no normativas en el entorno escolar los precipita al absentismo y abandono de los estudios (Pichardo y Puche, 2019). Por esta razón, es una responsabilidad colectiva de colegios, profesionales y otras entes comunitarias asegurar la existencia de servicios e intervenciones que aborden las necesidades específicas de este grupo etario.

En relación a las identidades LGTB+, mínimamente se incluyen a las mujeres lesbianas y a las personas bisexuales y transgénero. Además, en ninguna de ellas se aborda a las personas intersexuales. Esto concuerda con la escasez de investigación y literatura científica más allá de la centrada en HSH (European Comission, 2017).

Además de la orientación sexual, la identidad de género y la edad, existen otros determinantes que interconectados generan una mayor inequidad sociosanitaria (etnia, clase social, religión, discapacidad, etc.). En relación a las personas **inmigrantes**, únicamente dos intervenciones las han incluido como grupo diana, lo que muestra la poca conciencia de los/as profesionales sobre la interdependencia de estos determinantes. Sin embargo, la literatura muestra que pueden sufrir una doble discriminación (homofobia, bifobia o transfobia junto con racismo) que los sitúa en un mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental, posiblemente por haberse enfrentado en su país de origen a la privación de soporte socioemocional, vergüenza en público y presión para someterse a un tratamiento curativo (European Comission, 2017).

## 6. CONCLUSIONES

A pesar de los avances conseguidos a nivel legal, político y social, continúan existiendo inequidades sociosanitarias para los individuos LGTB+. Tras realizar esta revisión narrativa, es posible concluir que existen diversas **intervenciones** llevadas a cabo en el contexto europeo para mejorar la atención de salud al colectivo LGTB+, siendo la mayoría dirigidas a la prevención de la transmisión de ITS y de manera minoritaria a la formación de los/as profesionales sociosanitarios y a la atención a la salud mental del colectivo LGTB+. No obstante, debido al mayor riesgo de trastornos mentales del colectivo LGTB+ y de la interrelación entre la salud mental, relacional, comportamental y física, es preciso poner en marcha intervenciones que aborden en mayor profundidad su salud psíquica.

Entre aquellas intervenciones enfocadas a la orientación sexual, el **grupo diana** mayoritario fueron los HSH, siendo menos partícipes las mujeres lesbianas y las personas bisexuales y de minorías étnicas. Por otro lado, entre aquellas intervenciones orientadas de igual forma a la orientación sexual e identidad de género, las destinadas a la formación de los/as profesionales, llevadas a cabo en el ámbito académico y asistencial, evidenciaron la necesidad de ampliar dicho entrenamiento a todos/as los/as profesionales que atienden a personas LGTB+ e incluirlo en mayor medida en los títulos de grado y posgrado. Por último, ninguna intervención abordó a las personas intersexuales. Todo ello supone un amplia área de mejora en cuanto a investigación y actuación se refiere.



En relación a la **formación de los agentes** que llevaron a cabo las intervenciones, se mostró la conveniencia de complementar el entrenamiento teórico-práctico con apoyo práctico-emocional. La **metodología de evaluación** más empleada fueron los cuestionarios pre/post intervención, contando con herramientas tanto cuantitativas como cualitativas. Éstas últimas son valiosas para conocer en mayor profundidad la aceptabilidad e impacto de las intervenciones sobre los participantes, así como para abordar la percepción subjetiva de las personas LGTB+ sobre sus problemáticas y necesidades en salud, punto de partida para la prestación de unos cuidados de calidad. Todas las intervenciones fueron valoradas positivamente a excepción de dos, cuyos artículos mostraron únicamente el diseño de las mismas. A raíz de conocer su **impacto**, en relación a la prevención de la transmisión de ITS, se hace necesario implementar intervenciones a nivel nacional y/o internacional de prevención (vacunación y diagnóstico precoz de VIH u otras ITS) y promoción de la salud (fomentación de la conciencia de riesgo y la conducta de búsqueda de ayuda).

El **papel de Enfermería** únicamente fue incorporado en dos intervenciones y consistió en la prevención y promoción de la salud, junto con asesoramiento. No obstante, es imprescindible que todos/as los/as profesionales aboguen por una práctica inclusiva que englobe unos servicios de salud accesibles y competentes. De esta forma, se adoptaría un enfoque centrado en la persona y se ofrecería un cuidado holístico que tuviera en cuenta todas sus esferas, incluyendo las referentes a su orientación sexual e identidad de género, y los determinantes que interconectados generan una mayor inequidad sociosanitaria (etnia, edad, etc.).

Por último, la radicación de la inequidad sociosanitaria es también responsabilidad de la sociedad en su conjunto, quien debe ampliar la **visión del sexo y/o género** más allá del sistema binario arraigado y apoyar la elaboración de una **legislación** que prohíba específicamente la discriminación por razón de orientación sexual, identidad de género y/o características sexuales, incluyendo en el ámbito sanitario, así como asegurar su aplicación en la práctica<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> En el anexo 3 se puede observar una serie de recomendaciones en relación a políticas sanitarias/sistema sanitario y dirigidas a profesionales sociosanitarios en base a los resultados obtenidos en esta revisión narrativa, con las limitaciones que ésta pueda tener.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Achterbergh, R. C. A., van der Helm, J. J., van den Brink, W. y de Vries, H. J. C. (2017). Design of a syndemic based intervention to facilitate care for men who have sex with men with high risk behaviour: the syn.bas.in randomized controlled trial. *BMC Infectious Diseases*, 17(1). doi: 10.1186/s12879-017-2474-x
- Belza, M. J., Hoyos, J., Fernández-Balbuena, S., Ruiz, M., Espinel, M., Cabeza de Vaca, C. y de la Fuente, L. (2016). Estrategias para promover el diagnóstico precoz del VIH en hombres que tienen sexo con hombres. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 4(8), 52-61. Recuperado de <https://bit.ly/2VQlWBX>
- Boerekamps, A., van den Berk, G. E., Lauw, F. N., Leyten, E. M., van Kasteren, M. E., van Eeden, A., ... Rijnders, B. J. (2018). Declining Hepatitis C Virus (HCV) Incidence in Dutch Human Immunodeficiency Virus-Positive Men Who Have Sex With Men After Unrestricted Access to HCV Therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 66(9), 1360-1365. doi: 10.1093/cid/cix1007
- Cáceres, C. F., Talavera, V. A. y Mazín R. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 698-704. Recuperado de <https://bit.ly/2JOlwFo>
- Checchi, M., Mesher, D., McCall, M., Coukan, F., Chau, C., Mohammed, H., ... Soldan, K. (2019). HPV vaccination of gay, bisexual and other men who have sex with men in sexual health and HIV clinics in England: vaccination uptake and attendances during the pilot phase. *Sexually Transmitted Infections*, 95(8), 608-613. doi: 10.1136/sextrans-2018-053923
- Comisión Internacional de Juristas. (2007). *Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Recuperado de <https://bit.ly/2KpkboA>
- Croxford, S., Tavoichi, L., Sullivan, A. K., Combs, L., Raben, D., Delpech, V., ... Desai, S. (2020). HIV testing strategies outside of health care settings in the European Union (EU)/European Economic Area (EEA): a systematic review to inform European Centre for Disease Prevention and Control guidance. *HIV Medicine*, 21(3), 142-162. doi: 10.1111/hiv.12807

- European Centre for Disease Prevention and Control. (2015). *HIV and STI prevention among men who have sex with men*. Estocolmo: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2017). *Hepatitis B and C testing activities, needs, and priorities in the EU/EEA*. Estocolmo: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2018a). *Hepatitis B and C epidemiology in selected population groups in the EU/EEA*. Estocolmo: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2019a). Hepatitis A. En ECDC, *Annual Epidemiological Report for 2016*. Estocolmo: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2019b). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2019: 2018 data*. Estocolmo: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). *Guidance on HPV vaccination in EU countries: focus on boys, people living with HIV and 9-valent HPV vaccine introduction*. Estocolmo: ECDC.
- European Comission. (2017). *Health 4 LGBTI. Reducing the inequalities experienced by LGBTI people*. Recuperado de <https://bit.ly/2RrrcZY>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *EU LGBT survey: European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Main results*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales. (2011). *Decálogo de derechos de las y los pacientes LGTB*. Recuperado de <https://bit.ly/2wDue6o>
- Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Trans y Bisexuales. (2019a). *Asturias, Cantabria, Castilla La-Mancha, Castilla y León y La Rioja, CCAA donde más desprotegidas están las personas LGTBI*. Recuperado de <https://bit.ly/2y52qs4>
- Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Trans y Bisexuales. (2019b). *Las personas trans y su relación con el sistema sanitario*. Recuperado de <https://bit.ly/2K4kJAp>
- Gabriel, M. M., Dunn, D. T., Speakman, A., McCabe, L., Ward, D., Witzel, T. C., ... Rodger, A. J. (2018). Protocol, rationale and design of SELPHI: a randomised controlled trial assessing whether offering free HIV self-testing kits via the internet increases the rate of HIV diagnosis. *BMC Infectious Diseases*, 18(1). doi: 10.1186/s12879-018-3433-x
- González, T. (2010). *"En busca de la feminidad sentida": El proceso transexualizador desde la experiencia de las mujeres. Cuidados competentes para favorecer transiciones sanas* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://bit.ly/2XYiFlv>

- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B. y Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. *Health & Social Care in the Community*, 26(2). doi: 10.1111/hsc.12521
- Higgins, A., Downes, C., Sheaf, G., Bus, E., Connell, S., Hafford-Letchfield, T., ... Keogh, B. (2019). Pedagogical principles and methods underpinning education of health and social care practitioners on experiences and needs of older LGBT+ people: Findings from a systematic review. *Nurse Education in Practice*, 40. doi: 10.1016/j.nepr.2019.102625
- Hoyos, J., Fernández Balbuena, S., Guerras, J. M., Pulido, J., Sordo, L. y Belza, M. J. (2019). Factors associated with poor linkage to HIV care and related barriers among men who have sex with men. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(8), 521-524. doi: 10.1016/j.eimc.2018.12.014
- ILGA Europe. (2020). *Rainbow Map*. Recuperado de <https://bit.ly/3ae4DyL>
- Knapper, C., Birley, H. y Parker, I. (2018). Audit of a human papillomavirus vaccine programme for men who have sex with men delivered through an Integrated Sexual Reproductive Health service. *International Journal of STD & AIDS*, 29(11), 1106-1109. doi: 10.1177/0956462418775510
- Lelutiu-Weinberger, C. y Pachankis, J. E. (2017). Acceptability and Preliminary Efficacy of a Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender-Affirmative Mental Health Practice Training in a Highly Stigmatizing National Context. *LGBT Health*, 4(5), 360-370. doi: 10.1089/lgbt.2016.0194
- Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBifobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, núm. 190, de 10 de agosto de 2016, pp. 11 a 40. Recuperado de <https://bit.ly/2yEZjHl>
- Llewellyn, C., Abraham, C., Miners, A., Smith, H., Pollard, A., Benn, P. y Fisher, M. (2012). Multicentre RCT and economic evaluation of a psychological intervention together with a leaflet to reduce risk behaviour amongst men who have sex with men (MSM) prescribed post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure (PEPSE): A protocol. *BMC Infectious Diseases*, 12. doi: 10.1186/1471-2334-12-70

- Martín-Pérez, A., González, E., Marrero, N. y Rebollo, J. (2015). *LGBT people and discrimination in the area of health in Spain*. Recuperado de <https://bit.ly/34vD2ry>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Avanzando hacia la equidad: Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Recuperado de <https://bit.ly/34IJp0u>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Glosario de términos sobre diversidad afectivo sexual*. Recuperado de <https://bit.ly/2XojwLS>
- Moseng, B. U. y Bjørnshagen, V. (2017). Are there any differences between different testing sites? A cross-sectional study of a Norwegian low-threshold HIV testing service for men who have sex with men. *BMJ Open*, 7(10). doi: 10.1136/bmjopen-2017-017598
- ONUSIDA. (2019). *Más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial se encuentran entre los grupos de población clave y sus parejas sexuales*. Recuperado de <https://bit.ly/2xUkeWB>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*. Recuperado de <https://bit.ly/2V2sflu>
- Pichardo, J. I. y Puche, L. (2019). Universidad y diversidad sexogenérica: barreras, innovaciones y retos de futuro. *methaodos. revista de ciencias sociales*, 7(1), 10-26. doi: 10.17502/m.rcs.v7i1.287
- Ramón, L. (2019). *Homofobia de Estado 2019: Actualización del Panorama Global de la Legislación*. Ginebra: ILGA.
- Reygan, F. C. y D'Alton, P. (2013). A pilot training programme for health and social care professionals providing oncological and palliative care to lesbian, gay and bisexual patients in Ireland. *Psycho-Oncology*, 22(5), 1050-1054. doi: 10.1002/pon.3103
- Rimes, K. A., Broadbent, M., Holden, R., Rahman, Q., Hambrook, D., Hatch, S. L. y Wingrove, J. (2018). Comparison of Treatment Outcomes Between Lesbian, Gay, Bisexual and Heterosexual Individuals Receiving a Primary Care Psychological Intervention. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46, 332-349. doi: 10.1017/S1352465817000583

- Salkind, J., Gishen, F., Drage, G., Kavanagh, J. y Potts, H. W. W. (2019). LGBT+ Health Teaching within the Undergraduate Medical Curriculum. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13). doi: 10.3390/ijerph16132305
- Scheer, J. R. y Pachankis, J. E. (2019). Psychosocial Syndemic Risks Surrounding Physical Health Conditions Among Sexual and Gender Minority Individuals. *LGBT Health*, 6(8), 377-385. doi: 10.1089/lgbt.2019.0025
- Serrano, P. (2019). Tipologías en el trabajo Fin de Grado. En P. Serrano, *Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud* (2ª ed.). Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Sherriff, N. y Gugglberger, L. (2014). A European Seal of Approval for 'gay' businesses: findings from an HIV-prevention pilot project. *Perspectives in Public Health*, 134(3), 150-159. doi: 10.1177/1757913913481540
- Strömdahl, S., Hoijer, J. y Eriksen, J. (2019). Uptake of peer led venue-based HIV testing sites in Sweden aimed at men who have sex with men (MSM) and trans persons: a cross-sectional survey. *Sexually Transmitted Infections*, 95(8), 575-579. doi: 10.1136/sextrans-2019-054007
- The EMIS Network. (2019). *EMIS 2017: The European Men Who Have Sex With Men Internet Survey. Key findings from 50 countries*. Estocolmo: ECDC.
- Togayther. (2018). *La OMS despatologiza las identidades trans: La publicación del CIE-11 salda una deuda histórica con las personas trans*. Recuperado de <https://bit.ly/2Xm0A0h>
- Willis, P., Almack, K., Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Billings, B. y Mall, N. (2018). Turning the Co-Production Corner: Methodological Reflections from an Action Research Project to Promote LGBT Inclusion in Care Homes for Older People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4). doi: 10.3390/ijerph15040695
- Witzel, T. C., Bourne, A., Burns, F. M., Rodger, A. J., McCabe, L., Gabriel, M. M., ... Weatherburn, P. (2020). HIV self-testing intervention experiences and kit usability: results from a qualitative study among men who have sex with men in the SELPHI (Self-Testing Public Health Intervention) randomized controlled trial in England and Wales. *HIV Medicine*, 21(3), 189-197. doi: 10.1111/hiv.12818
- Witzel, T. C., Gabriel, M. M., McCabe, L., Weatherburn, P., Gafos, M., Speakman, A., ... Rodger, A. J. (2019). Pilot phase of an internet-based RCT of HIVST

targeting MSM and transgender people in England and Wales: advertising strategies and acceptability of the intervention. *BMC Infectious Diseases*, 19(1). doi: 10.1186/s12879-019-4247-1

Witzel, T. C., Guise, A., Nutland, W. y Bourne, A. (2016). It Starts With Me: Privacy concerns and stigma in the evaluation of a Facebook health promotion intervention. *Sexual Health*, 13(3), 228-233. doi: 10.1071/SH15231

Wood, M., Ellks, R. y Grobicki, M. (2015). Outreach sexual infection screening and postal tests in men who have sex with men: are they comparable to clinic screening? *International Journal of STD & AIDS*, 26(6), 428-431. doi: 10.1177/0956462414539668

## 8. ANEXOS

**Anexo 1. Legislación sobre la prohibición de discriminación en el ámbito sanitario en los países europeos por razón de orientación sexual, identidad de género y características sexuales (ILGA Europe, 2020).**

PAÍS	ORIENTACIÓN SEXUAL	IDENTIDAD DE GÉNERO	CARACTERÍSTICAS SEXUALES
Albania	No	No	No
Alemania	Sí	Sí	No
Andorra	No	No	No
Armenia	No	No	No
Austria	Sí	No	No
Azerbaiyán	No	No	No
Bélgica	Sí	Sí	No
Bielorrusia	No	No	No
Bosnia y Herzegovina	Sí	Sí	Sí
Bulgaria	Sí	Sí	No
Chequia	Sí	Sí	No
Chipre	No	No	No
Croacia	Sí	Sí	No
Dinamarca	No	No	No
Eslovaquia	Sí	Sí	No
Eslovenia	Sí	Sí	No
España	Sí	Sí	Sí
Estonia	No	Sí	No
Finlandia	Sí	Sí	Sí
Francia	Sí	Sí	No
Georgia	Sí	Sí	No



Grecia	No	No	No
Hungría	Sí	Sí	No
Irlanda	Sí	No	No
Islandia	No	No	No
Italia	No	No	No
Kosovo	Sí	Sí	No
Letonia	No	No	No
Liechtenstein	No	No	No
Lituania	Sí	No	No
Luxemburgo	Sí	No	No
Macedonia del Norte	Sí	Sí	No
Malta	Sí	No	Sí
Moldavia	No	No	No
Mónaco	No	No	No
Montenegro	Sí	Sí	Sí
Noruega	Sí	Sí	No
Países Bajos	No	No	No
Polonia	No	No	No
Portugal	No	No	No
Reino Unido	Sí	Sí	No
Rumania	Sí	No	No
Rusia	No	No	No
San Marino	No	No	No
Serbia	No	No	No
Suecia	Sí	Sí	No
Suiza	Sí	No	No
Turquía	No	No	No
Ucrania	No	No	No

## Anexo 2. Ejemplo de análisis de los resultados.

<b>ARTÍCULO</b>	<b>A pilot training programme for health and social care professionals providing oncological and palliative care to lesbian, gay and bisexual patients</b>
<b>INTERVENCIÓN</b>	<p>El proyecto comenzó en noviembre de 2010 y terminó en junio de 2011 (8 meses) y consistió en un módulo de entrenamiento breve de 50 minutos para profesionales sociosanitarios de dos hospitales de agudos y dos hospitales de cuidados paliativos. El entrenamiento incluyó formación sobre el lenguaje usado para referirse al colectivo LGTB+, su salud y los 5 puntos clave sobre prácticas recomendadas por ICGP, IIMHN y GLEN. La formación básica duró aproximadamente 30 minutos para más tarde prestar atención a las necesidades en cuidados paliativos y oncológicos de los pacientes LGTB+.</p> <p>El objetivo general fue proveer formación a trabajadores sociosanitarios y capacitarlos para trabajar con pacientes LGTB+ en hospitales de agudos, en hospitales de cuidados paliativos y en equipos de cuidados paliativos comunitarios por toda Irlanda. Los objetivos específicos fueron: 1) apoyar al personal para que ofreciera un cuidado pro-LGBTB+, 2) aumentar su conciencia sobre cuestiones relevantes LGTB+ en la conducta de búsqueda de ayuda y 3) proporcionar material de enseñanza fácilmente accesible y compartirlo con otros servicios de cuidados paliativos y oncológicos.</p>
<b>POBLACIÓN DIANA</b>	Profesionales sociosanitarios que proporcionan cuidados paliativos y oncológicos a pacientes LGTB+ en hospitales de agudos y hospitales de cuidados paliativos.
<b>FORMACIÓN</b>	Hubo cierta inclinación para que los entrenadores se identificasen como LGTB+ o tuvieran experiencia en las necesidades de salud de este colectivo.
<b>EVALUACIÓN</b>	Todos los participantes completaron un cuestionario al principio y al final de la formación. Además, un profesional de cada hospital participó en una entrevista de aproximadamente 20 minutos con un evaluador externo (una entrevista tuvo lugar en persona y tres tuvieron lugar por teléfono).
<b>IMPACTO</b>	<p>201 participantes asistieron a 17 entrenamientos en los 4 hospitales. Los/as profesionales más comunes fueron enfermería (44,3%), asistentes de la salud (11,9%), trabajadores sociales (7,5%), terapeutas ocupacionales (5,5%) y doctores (5%).</p> <p>La mayoría de los participantes (93,5%) reportó que el entrenamiento había aumentado su conciencia sobre cuestiones relacionadas con el colectivo LGTB+. El proyecto fue muy bien recibido por los participantes, solicitando una gran mayoría más entrenamiento en el área.</p>

	<p>Cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aproximadamente 1/3 de los participantes tenía un alto confort con la terminología antes del entrenamiento, mientras que casi el 80% reportaron sentirse confortables con el lenguaje tras el entrenamiento</li> <li>- Aproximadamente 1/5 de los participantes reportaron sentirse seguros en proveer cuidados a pacientes LGTB+ antes del entrenamiento, mientras que esta cifra aumentó hasta aproximadamente un 60% tras el entrenamiento</li> <li>- Aproximadamente 1/5 de los participantes sentían tener un alto nivel de conocimiento sobre cuestiones relacionadas con la salud de la población LGTB+ antes del entrenamiento, mientras que esta cifra alcanzó aproximadamente el 75% tras el entrenamiento</li> </ul> <p>Entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No asumir que alguien es heterosexual, sino preguntar si tiene pareja</li> <li>- Darse cuenta de las dificultades a las que se enfrentan los individuos LGTB+</li> <li>- Pensar sobre la necesidad de abordar las cosas de una manera diferente</li> <li>- Poner información de la página web de GLEN en la sala de uno de los hospitales</li> <li>- Mayor conciencia sobre la necesidad de hablar sobre cuestiones LGTB+</li> <li>- Amplitud de miras para hablar sobre cuestiones LGTB+</li> <li>- Actualizarse en cambios legales y aspectos como el matrimonio civil, los cuales pueden influir en el cuidado</li> <li>- Necesidad de acercar esta formación a otros/as profesionales del hospital, pues las personas no sólo mueren en el servicio de oncología</li> </ul>
<b>PAPEL DE ENFERMERÍA</b>	No hay información.

### Anexo 3. Recomendaciones en base a los resultados obtenidos en esta revisión narrativa.

En relación a Políticas Públicas/Sistema Sanitario:	Dirigidas a los profesionales sociosanitarios:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar políticas de calidad de forma que los pacientes puedan esperar el mismo trato independientemente de su orientación sexual y/o identidad de género</li> <li>- Combinar estrategias de promoción de la salud y prevención basadas en la evidencia científica dirigidas específicamente a grupos de riesgo</li> <li>- Llevar a cabo intervenciones a nivel nacional o internacional para conseguir que el impacto sea mayor y mantenido en el tiempo</li> <li>- Evaluar el impacto a largo plazo de las intervenciones sobre la práctica clínica o el estado de salud de la población LGTB+</li> <li>- Investigar las necesidades y problemáticas en salud de la población LGTB+ (investigación cualitativa), haciendo especial hincapié en las personas intersexuales</li> <li>- Autorizar los servicios comunitarios de pruebas de detección como complemento a los centros de asistencia sanitaria y fomentar la coordinación entre ambos, así como los <i>kits</i> de auto-muestreo y auto-detección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofrecer un cuidado personalizado e individualizado teniendo en cuenta las necesidades interdependientes relativas a la orientación sexual, identidad de género, características sexuales, etnia y edad</li> <li>- Atender en mayor profundidad la salud mental del colectivo LGTB+, incluyendo el concepto de estrés de la minoría</li> <li>- Abordar la doble estigmatización de ITS o enfermedad mental y pertenencia al colectivo LGTB+</li> <li>- Brindar apoyo psicosocial a personas mayores LGTB+</li> <li>- Empoderar a educadores, padres y madres para abordar las necesidades específicas de adolescentes LGTB+</li> <li>- Reducir las actitudes discriminatorias, emplear un lenguaje sin connotaciones homofóbicas, bifóbicas, transfóbicas e interfóbicas, y hacer sentir valoradas y respetadas a las personas LGTB+ para crear un ambiente de confianza que propicie la búsqueda de ayuda y su satisfacción con los servicios del sistema sanitario</li> <li>- Responder de forma positiva ante la revelación de la identidad LGTB+ de los pacientes y preservar su derecho a la privacidad y</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extender la formación relativa al colectivo LGTB+ a todos/as los/as profesionales que atienden a pacientes LGTB+ e incluirla en las carreras universitarias y programas de formación continuada, de manera que puedan conocer, prevenir, detectar y tratar sus necesidades y problemáticas en salud</li> <li>- Incorporar en los estudios de grado y postgrado sanitarios las experiencias de personas del colectivo LGTB+ en su contacto con el sistema de salud</li> <li>- Valorar epidemiológicamente, incorporando también una evaluación de coste-efectividad, la pertinencia de extender la vacuna contra el VPH a los hombres en los países europeos. Si no fuera costo-efectivo, incluir en el programa de vacunación a grupos de riesgo, incluidos los HSH.</li> </ul>	<p>confidencialidad de los datos</p>
--	--------------------------------------